

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
INJECTIONS D'ALCOOL
DANS LE TRAITEMENT
DES SUPPURATIONS PULMONAIRES
ET DES PNEUMOPATHIES AIGUES

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 3 Avril 1936

par

DAEN RAYMOND

NÉ LE 6 MAI 1909 A ALGER (Alger)

JURY

MM. RAYNAUD, *Professeur de Clinique des maladies des
pays chauds, des maladies syphilitiques et
cutanées*

Président

PORTES, *Professeur de Physique Médicale*

BENHAMOU, *Agrégé (Médecine)*

LACROIX, *Agrégé (médecine)*

} Juges

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
INJECTIONS D'ALCOOL
DANS LE TRAITEMENT
DES SUPPURATIONS PULMONAIRES
ET DES PNEUMOPATHIES AIGUES

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 3 Avril 1936
par

DAEN RAYMOND
NÉ LE 6 MAI 1909 A ALGER (Alger)

JURY

MM. RAYNAUD, <i>Professeur de Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées</i>	Président
PORTES, <i>Professeur de Physique Médicale</i>	} Juges
BENHAMOU, <i>Agrégé (Médecine)</i>	
LACROIX, <i>Agrégé (médecine)</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN.	MM. LEBLANC (F. F. I. F)
DOYEN HONORAIRE.	HERAIL (F. I. F)
ASSESEUR.	PINOY (F. I. F)

PROFESSEURS

Clinique médicale	AUBRY (O. F. F. I. F)
Clinique gynécologique.....	CABANES (F. F. I. F)
Clinique chirurgicale.	COSTANTINI (*. F. I. F)
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. F. O. O. F)
Clinique médicale et hygiène infantile.....	GILLOT (I. F)
Médecine légale	GIRAUD (O. F. F. I. F)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge.	LAFFONT (F. F. I. F)
Anatomie.	LEBLANC (F. F. I. F)
Thérapeutique	LEBON (F. F. A. F)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LOMBARD (*. F. I. F)
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (F. I. F)
Pharmacie.	MUSO (*. I. F)
Microbiologie et cryptogamie.	PINOY (*. I. F)
Clinique psychiatrique.....	POROT (I. F)
Physique médicale	PORTES (F. F. I. F)
Anatomie pathologique.....	POUJOL (F. I. F)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (F. F. I. F)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (F. I. F)
Physiologie	TOURNADE (O. F. F. I. F)
Histologie et Embryologie.	N...
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. F)
Clinique ophtalmologique.	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie	WEBER (F. F. I. F)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (*. F. A. F) Agrégé.	Histologie.
------------------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (F. F. I. F)	HERAIL (F. I. F)
---------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MM. ABOULKER (F. F. A. F)
--	---------------------------

AGRÉGÉS

Médecine	BENHAMOU (*. F. A. F)
Histologie.....	LACROIX (A. F)
Chirurgie	COURRIER (*. F. A. F)
Obstétrique	DUBOUCHER (I. F)
Anatomie pathologique.....	FERRARI (I. F)
Anatomie	MOGGI (*. A. F)
Chimie médicale.	HOUEL (*. F. A. F)
Histoire naturelle pharmaceutique	MONTPELLIER (I. F)
Physiologie	RIBET (F. A. F)
	N...
	N...
	N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

JE DÉDIE CETTE THÈSE :

A MES GRANDS-PARENTS

In Memoriam.

A MA MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE

LE DOCTEUR GASTON OUALID

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RAYNAUD

A qui nous devons tant de notre formation médicale. A maintes reprises, vous nous avez accepté dans votre service. Vos leçons cliniques au lit du malade resteront pour nous inoubliables, le meilleur des souvenirs. Vous avez été le Maître vivant, aimable, nous prodiguant inlassablement vos conseils.

Veuillez trouver ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance infinie pour tout ce que vous avez fait pour nous, et pour le grand honneur que vous nous accordez encore en présidant notre jury de thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENHAMOU

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Par la suite, dans son élaboration, vous nous avez constamment guidé de vos sages conseils.

Nous n'oublierons jamais la grande bienveillance avec laquelle vous nous avez reçu dans votre service où vous nous avez permis de suivre votre enseignement si clair, si plein de vie. Vos brillantes leçons tant à l'Hôpital qu'à la Faculté resteront gravées dans notre mémoire.

Permettez-nous de vous témoigner ici toute notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Par votre simplicité, votre affabilité, vous avez su gagner le cœur de tous vos élèves.

Vos leçons empreintes d'une exquise finesse et d'un clair bon sens restent vivantes dans notre souvenir.

Je vous remercie du grand plaisir que vous m'accordez en acceptant d'être mon juge aujourd'hui.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LACROIX

Nous le remercions de la grande joie qu'il nous accorde en acceptant d'être notre juge aujourd'hui.

Nous n'avons pas eu l'honneur d'être attaché à son service, mais nous avons suivi avec profit ses cours à la Faculté. Qu'il nous soit permis de rendre hommage en ce jour à sa haute conscience et à sa grande bienveillance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLONIEU

A MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

A MONSIEUR LE DOCTEUR HADIDA

AU DOCTEUR GEORGES MARILL

AU DOCTEUR ANDRÉ HUGUENIN

Qui nous ont toujours témoigné tant de bienveillance et d'intérêt.

Avec toute notre gratitude et toute notre sympathie.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A TOUS CEUX QUI M'ONT APPORTE UNE AIDE

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Les suppurations pulmonaires constituent, à l'heure actuelle, des affections dont la fréquence n'échappe à personne. Pourtant, cette fréquence ne date que de peu de temps. C'est l'épidémie de grippe de 1918 qui, par les complications pulmonaires qu'elle détermina, fut à l'origine des études approfondies de ces affections. L'abcédation, considérée comme très rare par LAENNEC au niveau du parenchyme pulmonaire, fut reconnue depuis comme très fréquente. Elle supplanta la pleurésie interlobaire qui reste, à l'heure actuelle, au deuxième plan. Des travaux cliniques nombreux parus sur les Abscès du poumon et qui trouvèrent dans la radiographie un appoint diagnostique de premier ordre posèrent bientôt des problèmes thérapeutiques très importants. Aujourd'hui encore, ceux-ci dominent la question. Cependant, différents Congrès qui se sont tenus il y a quelques années à peine (Congrès de Madrid 1932, Congrès français de Médecine de Paris, 1932) mettaient la question des Abscès du poumon à l'ordre du jour. Leurs conclusions, en ce qui concerne la thérapeutique, étaient formelles : « Toute suppuration pulmonaire « qui n'a pas guéri spontanément ou par le traitement médical dans un délai de six semaines à

« deux mois (au maximum) à dater du début de
« la maladie, doit être traitée chirurgicalement
« par action portée directement sur le foyer. »

Ainsi donc, pendant environ deux mois, le médecin est autorisé à utiliser les différentes thérapeutiques médicales qui lui sont offertes.

Ces thérapeutiques sont nombreuses. A leur début, elles ont toutes connu le succès, la grande vogue. Mais la plupart d'entre elles n'ont pas tenu leurs promesses. Seule, l'émétine a conservé droit de cité.

Aussi, la recherche d'un médicament nouveau restait permise. On était en droit, devant l'inconstance et la médiocrité des résultats obtenus avec les agents thérapeutiques classiques employés, de tout essayer.

Il y a cinq ans, LANDAU faisait connaître une thérapeutique nouvelle des suppurations pulmonaires aiguës et chroniques. Il préconisait les injections intra-veineuses d'alcool en solution à 33 % puis à 20 % et apportait à l'appui de ces dires des observations probantes, où le nouveau médicament s'avérait plus efficace que les thérapeutiques connues à ce jour.

La méthode plût en France et fut utilisée de tous côtés. Il y eut un certain engouement pour elle. Dans plusieurs sociétés médicales, tant à Paris qu'en Province, on signalait des résultats très heureux, souvent même inespérés obtenus dans les abcès du poumon. Bref, tous les médecins se louaient de l'alcool intra-veineux.

Mais bientôt, cependant, à côté de ces succès on signala des échecs, et des échecs complets, qu'il fallait, certes, prendre en considération.

C'est alors que nôtre Maître, le Professeur agrégé BENHAMOU, devant ces résultats différents signalés par les auteurs, nous proposa d'étudier la méthode de LANDAU, d'essayer d'en pénétrer le mécanisme d'action, d'en préciser la valeur et les indications.

Cinq années se sont écoulées depuis l'avènement des injections intra-veineuses d'alcool en thérapeutique pulmonaire. Ce recul du temps était favorable et pouvait permettre à l'aide des documents de la littérature médicale et d'observations personnelles de juger cette nouvelle méthode de traitement en toute objectivité.

C'est le but de notre travail.

HISTORIQUE

HISTORIQUE

L'alcool semble avoir pris place dans l'arsenal thérapeutique au Moyen Age. Le peuple l'adopta en lui attribuant des propriétés curatives dans les affections aiguës qui s'accompagnent d'algidité et en applications locales sur les plaies. Mais son emploi finit par aboutir à l'abus. Aussi, cette médication, si longtemps populaire, fut combattue dès qu'elle apparut officiellement dans la thérapeutique, par BROUSSAIS, en particulier. Mais elle conserva ses défenseurs dont un des plus tenaces fut LAENNEC. Malgré eux, cependant, l'alcool ne fut pas remis en honneur. C'est TODD qui reprit la question, montrant l'action stimulante de l'alcool sur l'organisme, dans le cas de pneumonie adynamique. C'est BÉHIER qui introduisit en France les idées de TODD et appliqua largement son traitement. Enfin, peu à peu et malgré l'hostilité de TROUSSEAU, de GRISOLLE, l'alcool finit par s'imposer dans la thérapeutique des pneumopathies aiguës.

Cependant, son emploi fut toujours limité à l'ingestion. L'injection intra-veineuse de ce liquide dût paraître une audace très grande, aussi ne fut-elle jamais pratiquée.

C'est à THURSZ et LANDAU, que revient le mérite d'avoir créé et vulgarisé la méthode des injections intra-veineuses d'alcool dans le traitement des supurations pulmonaires, bien que, à une réunion de la Société Bordelaise, M. BOISSERIE-LACROIX ait rappelé que c'est un Bordelais, SIMON MINGUELOUSAUX qui, en 1672, fut l'un des premiers en France à pratiquer des injections intra-veineuses de solutions alcooliques. Mais on ne sait dans quel but et dans quelles conditions.

De même, on ne peut tenir compte des injections de sérum-rhum faites en France, avant guerre et dans lesquelles la bienfaisance du sérum-rhum tient plus de l'élément sérum que de l'élément rhum. En effet, la dilution utilisée était faible : 2 à 5 % de rhum, car on craignait l'hémolyse avec des doses plus fortes. ROBERT ENGEL, dans sa thèse (Paris, 1913) revendiquait l'utilisation des injections intra-veineuses de sérum-rhum dans le cas d'asthénie post-opératoire, de shock avec ou sans infection, d'hémorragies surtout obstétricales, enfin de pneumonies. Cependant, cette thérapeutique ne connut jamais qu'une médiocre fortune.

En 1926, l'alcool est à nouveau introduit en thérapeutique, mais pour un but assez inattendu. GARCIA MARIN, à l'hôpital Juarez de Mexico-City, après une phase d'expérimentation, utilise chez l'homme, l'alcool éthylique en injections intra-veineuses pour obtenir l'anesthésie générale. CHARPY introduit la méthode en France après un séjour au Mexique. Mais bientôt tous ceux qui l'emploient signalent

des accidents mortels d'intoxication aiguë. FÖHL, plus tard, fait une étude complète et documentée sur la narcose éthylique et montre ses dangers. KUSS, enfin, met un point final aux controverses suscitées par cette question, et ses conclusions aboutissant à une condamnation de la méthode paraissent avoir été unanimement adoptées ⁽¹⁾.

En définitive, la paternité de la méthode des injections intra-veineuses d'alcool dans le traitement des suppurations pulmonaires revient donc bien à THURSZ-LANDAU.

Cependant, THURSZ en introduisant ce liquide dans la thérapeutique, ne pensait guère aux propriétés toniques et stimulantes de l'alcool. Son but était d'utiliser l'action modificatrice de l'alcool à l'égard des cellules jeunes en évolution, que des expériences faites en 1927 à l'Institut du Cancer de Berlin semblaient avoir établie.

Les expériences portaient sur des rats greffés au sarcome de JANSEN et qui reçoivent dans les veines de l'alcool absolu. Non seulement, ils le toléraient parfaitement, mais on constatait une action favorable d'arrêt et de régression de la tumeur. THURSZ voulut alors appliquer à l'homme ces résultats du laboratoire et injecta de l'alcool dans les cancers : épithéliomas et sarcomes. Il note l'absence de nocivité, l'amélioration temporaire de l'état

⁽¹⁾ Pour ceux qu'intéresserait la technique de ce mode d'anesthésie, se référer à la thèse de S. RÉGY : Paris, avril 1935.

général et même une « influence favorable » sur le cancer. Puis THURSZ étendit son application aux infections générales : septicémies puerpérales et endocardites malignes. Cependant, et malgré les grosses doses d'alcool employées (150-300 cc. par injection de solution à 33 %), les résultats ne furent pas ceux que l'on escomptait.

C'est alors que LANDAU et ses collaborateurs reprennent cette étude sur les bases de THURSZ et l'appliquent, d'abord à l'endocardite maligne lente. Mais eux aussi n'obtiennent pas de résultats assez satisfaisants pour qu'on puisse préconiser la méthode. L'alcool amenait des rémissions, des périodes de défervescence, tout comme la trypaflavine, le salicylate. Mais, au cours de ces épreuves, LANDAU constata que les complications pulmonaires suppuratives de ces infections générales étaient fortement améliorées par l'alcool.

Par la suite, mettant à profit cette observation, LANDAU limite les indications de ce médicament aux affections pulmonaires aiguës suppuratives. En plus, à la technique originelle de THURSZ : doses massives, concentrées, rares, il substitua les injections réduites, diluées, répétées (20 à 30 cc. d'alcool en solution à 33%, quotidiennement). Et dès 1929 LANDAU, LILIENTFELD-KRZEWSKI et B. JOCHWEDS publient deux cas de pneumonies diffuses graves avec cavernes limitées et gangréneuses quasiment guéries. En avril 1931, LANDAU, FEJGIN et BAUER publient un travail plus important dans la *Polska Gazeta Lekarska* et dans la *Presse Médicale*, où ils

affirment son rôle bienfaisant dans les suppurations pulmonaires, principalement les processus à germes pyogènes banaux. En décembre de la même année, FEJGIN, seul dans une publication dans la *Presse Médicale*, apporte de nouvelles observations qui établissent l'intérêt de la méthode non seulement dans les abcès du poumon mais aussi dans toutes les poussées aiguës et subaiguës des bronchites chroniques, des bronchectasies infectées, et dans les broncho-pneumonies grippales. Puis, le 10 août 1932, A. LANDAU et STANISLAS KAMINER publient un nouveau travail dans la *Presse Médicale*, où ils confirment l'heureuse influence de l'alcool intra-veineux sur l'évolution des suppurations pulmonaires.

Ces différentes publications des médecins polonais dans les journaux parisiens lancent la méthode en France. Rapidement, elle connaît le succès.

Au XXII^e Congrès de Médecine où le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon est à l'ordre du jour, LAIGNEL-LAVASTINE et PAUL GEORGE font une communication sur « l'action favorable des injections intra-veineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires » : sur 7 cas d'abcès du poumon, soit simples, soit putrides, ils obtiennent cinq fois une guérison ou une amélioration. A ce même congrès, BURNAND, de Lausanne, relate un cas de gangrène pulmonaire traitée par la méthode de LANDAU où il n'eut qu'une amélioration temporaire. RIST, par contre, dit avoir obtenu deux succès brillants et rapides.

Depuis lors, les observations se sont multipliées. Des résultats heureux sont mentionnés par AZERAD et GILBERT-DREYFUS, SIMONIN et M^{lle} KUNTZ (Nancy) POL DE SEVRIX, MASSIÈRE et LEURET (Bordeaux), VIRENQUE, JOUBERT, CRUCHET, SIMON et MAGROU, en France.

A l'étranger : ASTRA NANDRIS (Roumanie), GALAN et POLETTI (Argentine), SILVA ARANJO (Espagne), VANUCCI (Italie). Au Canada : PAUL-RENÉ ARCHAMBAULT.

Plusieurs thèses paraissent en France. Signalons celle de TOPOUROVA, COUTURIER, SIMON RÉGY et surtout celle de GURFINKIEL qui apporte un travail expérimental.

Dans ces différents travaux, on voit la méthode utilisée non seulement dans le cas de suppurations pulmonaires, mais aussi dans le cas de pneumonies bâtardes, de broncho-pneumonies. De plus, les pédiatres n'hésitent pas à l'utiliser chez l'enfant et même le nourrisson (CRUCHET, MAUPETIT et SARIC, ASTRA NANDRIS) et s'en trouvent bien.

Avant de terminer ce court historique, nous devons encore rappeler que l'indication de la méthode dans le cas de cancer et de septicémie ne fut pas complètement oubliée. En effet, MANCEAUX, à la séance du 16 mars 1934 de la Société de Médecine d'Alger, rapporte un cas de cancer du poumon où il utilisa l'alcool. Il faut ajouter en vérité que dans cet emploi, on recherchait plus l'effet sthénique du médicament que son action, très problé-

matique comme on l'a vu, sur les cellules jeunes et anarchiques.

Dans les septicémies enfin, c'est HAMBURGER et GUÉRIN, qui, dans un article paru dans la *Presse Médicale*, en mars 1933, montrent le succès obtenu dans un cas de staphylococcémie avec hémoculture positive et dans un cas de périartérite noueuse.

MODE D'ACTION



CHAPITRE DEUXIEME

MODE D'ACTION

Avant d'envisager les différentes explications que l'on a données au sujet de l'action de l'alcool introduit par voie veineuse, il est intéressant d'envisager d'abord et très succinctement ce que devient ce liquide une fois injecté.

I — ALCOOLEMIE. ELIMINATION DE L'ALCOOL DE L'ORGANISME.

Tout le monde admet que, grâce à la voie intra-veineuse, l'alcool échappe à la barrière que constitue le foie. Il résulte donc de ce mode d'introduction, d'emblée, une modification de l'alcoolémie. Cette alcoolémie a été étudiée par différents auteurs.

FOLH, en particulier, a effectué de multiples dosages chez le lapin, puis chez l'homme. Il a ainsi constaté que chez le lapin, à jeun, le sang renferme normalement 11 mmg. % d'alcool. Après une injection anesthésique d'alcool, il trouve 321mmg %

et, 20 minutes après, il ne reste plus que 38 mmg %. Chez un chien, on trouve à jeun 4 mmg. d'alcool ; cinq minutes après l'injection, on trouve 162 mmg pour 100 ; trente minutes après, on trouve encore 80 mmg. et soixante-dix minutes après il ne reste plus que 38 mmg. %. Chez l'homme, FOLH employant l'alcool comme anesthésique selon la méthode de GARCIA, de Mexico, constate que le maximum de teneur du sang en alcool suit immédiatement l'injection ; cinq à dix minutes après, on ne trouve plus que 20 à 25 % de la quantité constatée immédiatement après l'injection.

GIOVANNI DELL'ACQUA étudie l'alcoolémie chez des sujets pathologiques: sujets atteints d'hépatopathie, obèses, diabétiques.

Il constate que son taux augmente de façon beaucoup plus importante que normalement et le retour à la normale est beaucoup plus lent.

Enfin, GURFINKIEL apporte ses recherches personnelles dans la question. Ses résultats sont peut-être plus intéressants pour nous, car il utilise dans ses expériences des doses thérapeutiques d'alcool. Il montre ainsi que la vitesse d'élimination de l'alcool est encore beaucoup plus rapide. En effet, 15 à 20 minutes après l'injection, le taux de l'alcool dans le sang est redescendu à la normale. Il utilise le lapin comme animal d'expérience. D'après les recherches de LANSBERG et REACH, le lapin possède normalement dans son sang 11 à 31 mgr. d'alcool. GURFINKIEL injecte à un lapin de 2 k. 900, 2 cc. 900 d'une solution alcoolique à 33 %, c'est-à-dire 0 cc. 33 d'al-

cool à 95° par kilog de poids animal. Avant l'injection, le sang renferme 17 mgr. % d'alcool, immédiatement après 48 mgr. %, vingt minutes après 20 mgr. %.

Par ailleurs, on admet que l'alcool disparaît après avoir été brûlé et transformé en vapeur d'eau et en acide carbonique, ces transformations s'effectuant dans un temps relativement assez court. Mais, nous dira-t-on, quels ont été les termes intermédiaires, les dérivés ? A l'heure actuelle, il est encore bien difficile de le dire. Certes, l'existence de corps de dégradation est certaine, mais leur identification chimique est très compliquée et le problème est complexe.

Malgré tout, il est pour nous quelque chose d'important et sur quoi nous voulons insister : c'est que, à doses thérapeutiques, l'alcool est rapidement éliminé de l'organisme. Cette notion a une grosse valeur, comme nous le verrons plus loin, pour attribuer quelque crédit à certaines hypothèses formulées sur le mode d'action de l'alcool.

II — MODE D'ACTION DE L'ALCOOL

A) Les hypothèses

Différentes explications ont été données par les auteurs concernant le mécanisme d'action de l'alcool. Certaines d'entre elles n'ont été que des hypothèses qui répondaient surtout au besoin de l'esprit de toujours chercher une explication à un phénomène clinique observé.

Le promoteur de la méthode, LANDAU, dès sa première publication, émettait l'opinion suivante :

« L'alcool introduit par la voie intra-veineuse
« arrive par le système veineux et le cœur droit
« directement dans les poumons, où il est saisi
« dans sa majeure partie par le système réticulo-
« endothélial, dont le rôle appréhensif en ce qui
« concerne les graisses n'est plus mis en doute
« actuellement. L'alcool arrêté de cette façon par
« la barrière pulmonaire est soumis à cet endroit
« à des processus métaboliques. Nous aurions donc
« affaire à une sorte de « *pneumotropisme* » spé-
« cifique de l'alcool, dépendant d'ailleurs du mode
« de son administration, puisqu'il est hors de doute
« que le même alcool introduit « *per os* » possède,
« par exemple une grosse affinité pour le foie. »

De plus. A. LANDAU pense que l'alcool possède aussi une action bactéricide qu'il exercerait directement sur le foyer d'infection et parle de « *bactériotropisme* »,

Un peu plus tard, son collaborateur FEJGIN, dans une autre publication, revient sur cette explication. Il insiste à nouveau sur ce fait que l'alcool serait retenu par les cellules du système réticulo-endothélial du poumon.

Ainsi, il agirait « *in situ* » sur la cause de l'infection, d'une part en diminuant la virulence des microbes, d'autre part en excitant l'activité de la production des anticorps par le tissu réticulo-endothélial. Mais FEJGIN ajoute que l'alcool a encore une action tonifiante sur le système cardio-vasculaire. Cette action, se produirait-elle par l'influence directe sur le muscle cardiaque ou bien par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, notamment par les centres vaso-moteurs ? Ceci resterait à démontrer.

Cependant, l'explication de l'action de l'alcool fournie par LANDAU et ses collaborateurs semble avoir satisfait la plupart des auteurs, qui, en France, ont utilisé la méthode, car tous la reproduisent. On voit ainsi que d'une façon générale l'idée de faire intervenir le système réticulo-endothélial, de lui attribuer le plus grand rôle était une idée fort plausible et satisfaisait aussi l'esprit. Cependant, elle restait une hypothèse que, seule, l'expérimentation pouvait accréditer.

Aussi, permettait-elle à d'autres hypothèses de se manifester.

C'est ainsi que SZAJNA donne une interprétation différente de l'action bienfaisante des injections

d'alcool sur les processus purulents pulmonaires préconisées par LANDAU.

Il attribue cet effet, non pas à l'action bactéricide de l'alcool, mais à l'action de l'acide carbonique produit par la combustion de l'alcool et éliminé en grande quantité par le poumon malade.

Partant de cette thèse, l'auteur prépare alors la solution d'alcool éthylique à 33 %, non pas avec de l'eau, mais avec une solution de dextrose à 40%, ce qui permet, paraît-il, d'augmenter sensiblement la quantité de CO^2 éliminé par la respiration.

En France, VIRENQUE tout en admettant les explications des promoteurs de la méthode, rappelle le pouvoir lymphagogique de l'alcool, que TIMOFFEEW avait vérifié expérimentalement chez l'animal.

D'après TIMOFFEEW, l'alcool augmenterait de 5 à 40 fois la formation de la lymphe chez l'animal. Et VIRENQUE pense que ce pouvoir pourrait ne pas être étranger à l'action favorable de l'alcool dans la lutte contre l'infection. HAMBURGER et GUÉRIN expliquent en partie par ce même phénomène l'influence bienfaisante de l'alcool dans le cas de septicémie staphylococcique.

CRUCHET, MAUPETIT et SARIC, à la Société de Médecine de Bordeaux, rappellent ces différentes hypothèses émises, mais en plus ils mentionnent les expériences de CRUCHET et NOBLIA qui ont montré que l'alcool possède des qualités évidentes de phylaxie, ou de protection, et même en partie curati-

ves contre les effets nocifs de la strychnine, de la spartéine et aussi de certaines toxines ⁽¹⁾.

Enfin, MASSIERE et FRANÇOIS LEURET, de Bordeaux, ont émis une hypothèse assez différente de celles dont nous avons parlées plus haut.

Le système réticulo-endothélial n'intervient plus. Les auteurs expliquent l'action favorable de l'alcool par une variation des points isoélectriques d'une albumine. On dit d'une albumine qu'elle est à un état isoélectrique, lorsque ses granules portent le même nombre de charges acides et basiques. Or, les injections d'alcool modifieraient cet état isoélectrique et supprimeraient, de ce fait, toute possibilité de nutrition aux microbes.

Toutes ces hypothèses étaient sans doute fort judicieuses, mais restaient tout de même des hypothèses, donc sans bases solides. Seule, l'expérimentation pouvait apporter quelques clartés sur le problème du mécanisme d'action de l'alcool. C'est ce que comprit GURFINKIEL qui, dans sa thèse, a consacré un chapitre fort important à relater ses recherches personnelles dans ce sujet.

Ce sont ces travaux expérimentaux que nous allons résumer dans un court chapitre, car ils permettent des déductions pathogéniques sur l'action de l'alcool qui nous paraissent dignes d'intérêt.

(1) CRUCHET et NOBLIA, expériences sur la phylaxie par l'alcool et le vin, rapport au Congrès de la santé publique de Belfast, 13 mai 1932, in *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 juillet 1932.

B) L'expérimentation

GURFINKIEL eut l'idée de chercher à établir les modifications qui se produisent chez l'animal normal au cours d'injections de solutions alcooliques titrées aux doses thérapeutiques. Il choisit le lapin pour ses expériences et se propose d'envisager les modifications des rythmes respiratoire et cardiaque, du métabolisme de base de cet animal quand on lui injecte de l'alcool dans les veines.

Ses conclusions sont les suivantes : il n'existe aucune modification du rythme respiratoire et du rythme cardiaque après l'injection d'alcool et même après plusieurs injections.

En ce qui concerne le métabolisme de base, les expériences chez le lapin sont très démonstratives. En effet, si l'introduction d'alcool dans l'organisme par voie digestive paraît être sans grande influence sur le métabolisme basal, comme l'ont démontré les auteurs américains BENEDICT et ATWATER, il n'en est pas de même quand on introduit l'alcool par voie intraveineuse. Dans ce cas, on observe toujours une augmentation du métabolisme basal. Cette augmentation du métabolisme basal dépasse parfois 100 %, mais ce qui n'est pas moins intéressant à remarquer, c'est que cette augmentation ne se fait pas brusquement. Après la première injection, il y a une augmentation de 20 à 25 %.

Cette augmentation se maintient élevée les jours suivants, puis elle a une légère tendance à s'abaisser. Chaque nouvelle injection augmente le méta-

bolisme de base, non pas par rapport au chiffre initial, mais par rapport à celui du jour où l'injection a été faite.

Poussant plus loin ses recherches, GURFINKIEL voulut vérifier si ces modifications du métabolisme de base se produisaient encore après un blocage du système réticulo-endothélial. Il utilise dans ce but une solution de peptonate de fer à 5 %, dont les affinités pour ce tissu sont connues. Sur une première série de lapins, il effectue ce blocage, alors que le métabolisme de base est déjà notablement augmenté par des injections d'alcool. Après ce blocage, le métabolisme basal ne bouge plus, il reste au chiffre où il était au moment du blocage.

Sur une deuxième série de lapins, le système réticulo-endothélial est rendu inactif avant toute injection d'alcool. Après le blocage, l'alcool injecté n'a aucune action sur le métabolisme. Ce blocage du système histiocytaire dure, en général, de 10 à 12 jours et ensuite l'alcool commence à agir de nouveau.

Enfin, dans une dernière série d'expériences, GURFINKIEL enlève la Rate. Or, on connaît suffisamment la place qu'occupe cet organe dans l'ensemble du système réticulo-endothélial.

Notre Maître, le Professeur Agrégé BENHAMOU, dans son livre sur « *l'Exploration fonctionnelle de la Rate* », a bien montré et mis en évidence l'importance des fonctions réticulo-endothéliales de la pulpe splénique.

Or, la splénectomie a le même effet que le blo-

cage du système réticulo-endothélial par le peptonate de fer. Après elle, l'alcool ne modifie plus le métabolisme de base. Cependant, il faut ajouter qu'au bout de quelques jours on voit à nouveau le M.B. s'élever après injection d'alcool, la partie restante du système histiocytaire fonctionne plus activement. Somme toute, il se produit là un phénomène de suppléance, qui est bien connu en physiologie. Le Professeur agrégé BENHAMOU dit encore dans son livre :

« Les fonctions réticulo-endothéliales de la rate
« sont suppléées après la splénectomie par les autres fragments du système réticulo-endothélial,
« par les glandes hémales, les splénoïdes, véritables rates accessoires qui peuvent se développer
« après l'ablation de la rate, et dont quelques-unes
« peuvent être le résultat de greffes à la suite de manœuvres opératoires. »

En résumé, l'expérimentation chez le lapin a montré que les injections intra-veineuses d'alcool donnaient les résultats suivants :

1) *Il n'y a aucune modification du rythme respiratoire et du rythme cardiaque.*

2) *Il y a, par contre, une augmentation du métabolisme de base, augmentation qui peut dépasser 100 %.*

3°) *Cette augmentation du métabolisme de base ne se produit pas quand on bloque le système réticulo-endothélial ou après splénectomie.*

Déductions pratiques :

Or, chacune de ces trois données permettent de faire des déductions qui vont pouvoir éclairer le problème du mode d'action de l'alcool.

Tout d'abord, aucune modification n'étant survenue dans les rythmes respiratoire et cardiaque, il en découle que l'alcool par voie intra-veineuse ne semble pas être toxique. Dans le cas contraire, en effet, on aurait dû avoir soit une accélération, soit un ralentissement de ces fonctions.

Il ne semble pas non plus avoir d'action sur le système sympathique ou parasympathique, car, ainsi que MERKLEN l'a dit, « le moindre trouble de la « circulation cardio-pulmonaire peut mettre en « éveil l'action réflexe des centres vaso-moteurs « pulmonaires ». (Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur.)

L'alcool ne paraît pas non plus être un poison du système nerveux. Il n'agit pas davantage sur les centres bulbaires, car, dans le cas contraire, des modifications se seraient produites dans le rythme respiratoire.

De la deuxième donnée, on est autorisé à conclure que la quantité d'oxygène consommée est de plus en plus considérable au fur et à mesure que l'on injecte de l'alcool, et corrélativement il se produit un dégagement plus grand de gaz carbonique. Consommation plus grande d'oxygène, dégagement plus considérable de gaz carbonique, mais cela signifie donc qu'il se produit dans l'organisme une

oxydation intense des matières nutritives qui y circulent.

Il faut encore souligner que cette oxydation ne porte nullement sur les tissus de l'organisme eux-mêmes, car les réserves (sucre et graisses) ne diminuent pas chez l'animal. Bien au contraire, les animaux ont, en cours d'expériences, augmenté de poids. Ainsi, l'alcool semble amener une amélioration notable de la nutrition, les déchets sont éliminés en plus grande quantité et, de ce fait, le malade acquiert une plus grande résistance dans la lutte contre l'agent pathogène.

Par ailleurs, GURFINKIEL, rappelant le gros pouvoir antiseptique de l'oxygène, estime qu'il n'est pas interdit de penser, à cause de sa forte consommation, qu'il agit non seulement comme modificateur de la nutrition, mais aussi sur les agents microbiens en cause.

Cependant, cette influence intense que l'alcool a sur l'oxydation des matières nutritives circulant dans l'organisme, ne peut pas, à elle seule, expliquer le rôle et le mode d'action de l'alcool sur le processus suppuratif lui-même. En effet, il a été constaté que l'injection d'autres substances médicamenteuses pouvait avoir le même résultat.

C'est alors que l'auteur revient sur l'action de l'alcool sur le système réticulo-endothélial. Nous avons vu que si on bloque ce système par une injection de peptonate de fer, l'alcool n'a plus aucun effet biologique pendant toute la durée du blocage c'est-à-dire 10 à 12 jours. Nous avons vu aussi que

le même phénomène se produit après l'extirpation de la rate qui supprime la plus grande partie de ce système.

L'alcool a donc une action particulière sur les éléments du système réticulo-endothélial. Cette action particulière résiderait toute entière dans une excitation des cellules réticulaires.

L'alcool donne un coup de fouet à l'activité du système réticulo-endothélial. Et il semble que c'est bien là tout le secret du mode d'action des injections intra-veineuses d'alcool.

Or, l'importance du système réticulo-endothélial n'échappe à personne aujourd'hui. L'étude de ce système a fait l'objet de nombreux travaux destinés à mettre en évidence l'importance de ses fonctions. A maintes reprises, dans son livre sur « *l'Exploration fonctionnelle de la Rate* », notre Maître le Professeur agrégé BENHAMOU a montré que cet organe devait nombre de ses fonctions au système histocytaire que renferme sa pulpe rouge, en particulier ses aptitudes phagocytaires, ses activités métaboliques et son rôle dans les phénomènes d'immunité.

On sait que les cellules réticulo-endothéliales existent dans tout l'organisme. On les trouve dans le mésenchyme, les séreuses, les vaisseaux, les organes hématopoïétiques, le foie, sous la peau, dans les poumons, le sang, les glandes, etc...

Il est admis aussi que l'activité des éléments réti-

culo-endothéliaux se ramène à trois grands groupes de fonctions, une fonction pexique, une fonction sanguiformatrice et une fonction métabolique.

La fonction antixénique ou de lutte contre l'élément étranger est, de toutes les activités du système histiocyttaire, celle qui actuellement est la mieux établie. Sa connaissance doit beaucoup aux travaux déjà anciens de METCHNIKOFF sur la phagocytose qui ont apporté une si lumineuse contribution à l'étude des défenses de l'organisme. Le tissu R.E. manifeste cette activité par l'élimination des germes, des parasites (bactériopexie), l'élimination des cellules inutiles (cytopexie), l'élimination enfin de poisons colloïdaux ou cristalloïdes. Il s'avère donc comme un système de défense extrêmement important.

Son rôle dans l'hématolyse, quoique moins intéressant pour le sujet qui nous occupe, est non moins considérable.

Enfin, le rôle métabolique du système histiocyttaire ne fait plus aucun doute actuellement. Il intervient en particulier dans le cycle des graisses, des lipides, des protéiques, des hydrates de carbone et de plusieurs substances minérales.

En raison de ses multiples interventions dans les processus de défense et dans les métabolismes, le tissu réticulo-endothélial apparaît donc bien comme un élément très important dans la défense de l'organisme vis-à-vis des infections.

En effet, un organisme attaqué par des agents pathogènes et par leurs sécrétions va, d'une part,

mettre en jeu ses cellules phagocytaires, d'autre part modifier la qualité de ses humeurs : ainsi sont créées ce qu'on a appelé : l'immunité cellulaire et l'immunité humorale.

La première est représentée par le processus général de la phagocytose où l'on a déjà vu la large part qui revient au tissu réticulo-endothélial.

La deuxième se manifeste par la présence d'anticorps, de diastases, de variations de l'équilibre acide-base et colloïdal, de variations du taux de certaines substances comme la cholestérine, de variations enfin de certains métabolismes.

Or, l'intervention du système histiocyttaire dans ces divers phénomènes humoraux est actuellement démontrée, en particulier dans la genèse de ces substances immunitaires que sont les anticorps, et dans la genèse de certains ferments (d'oxydation et de désoxydation, d'hydratation et de déshydratation).

Ces différentes notions sur la physiologie et la physio-pathologie du système réticulo-endothélial nous montrent toute l'importance de son rôle au cours des infections.

On conçoit dès lors tout l'intérêt que peut prendre un médicament dont la propriété essentielle est d'exciter le fonctionnement de ce système. Et l'expérimentation a pu nous prouver que l'alcool en injections intra-veineuses était doué de cette propriété.

Dès lors, on peut dire que *l'alcool est un médi-*

cament à action très générale. Il agit sur des éléments qui sont répartis partout dans l'organisme. Il a, pourrait-on dire, un tropisme électif pour les cellules histiocytaïres et c'est en cela qu'il faut voir, semble-t-il, tout le mécanisme de son action.

TECHNIQUE D'EMPLOI



CHAPITRE TROISIEME

TECHNIQUE D'EMPLOI

Dans ce chapitre, nous allons successivement envisager le mode de préparation de la solution alcoolique, la quantité à injecter par la voie intra-veineuse, les incidents que l'on a pu observer, les autres voies que l'on peut utiliser pour parer à ces incidents.

1°) CHOIX DE LA DILUTION

En effet, les premières difficultés en face desquelles se sont trouvés ceux qui voulurent utiliser les propriétés thérapeutiques de l'alcool par la voie intra-veineuse furent les phénomènes de toxicité de l'alcool pour le sang.

FOHL, dans sa thèse (Fribourg, 1931) a étudié les différentes modalités de cette toxicité. Mis en présence du sang, l'alcool peut produire un double effet : hémolyse ou coagulation. In vitro, l'alcool faiblement dilué, mis au contact du sang n'entraîne ni l'une ni l'autre, mais à des concentrations de 50 % il y a coagulation et hémolyse immédiates. Au-dessous de 25 %, la coagulation n'est guère à

craindre, mais l'hémolyse peut encore se produire.

In vivo, des conditions nouvelles apparaissent. Tout d'abord, pour injecter une quantité donnée d'alcool, on ne peut guère utiliser de solution très diluée, vu la masse liquidienne considérable qu'il y aurait à employer. Par contre, une solution trop concentrée ne saurait être utilisée, malgré la lenteur de l'injection, à cause de l'action locale sur le sang et de l'irritation de l'endoveine. FOHL rappelle qu'il y a lieu, pour obvier à ces difficultés, de chercher à établir par une solution de glucose une compensation à l'effet hémolysant de l'alcool. D'après cet auteur, grâce à cette solution glucosée, la coagulation n'apparaîtrait qu'à une concentration supérieure à 40 %, mais l'hémolyse se poursuivrait jusqu'à une dilution de 5 %. Ainsi donc, en pratique, les dilutions moyennes d'alcool sont seules utilisables.

LANDAU et ses collaborateurs, dans leurs premiers travaux, préconisèrent le taux de 33 %. C'était, d'ailleurs, celui que THURSZ utilisait également.

Et cet alcool était tout simplement mis dans de l'eau physiologique.

Par la suite, après les travaux de FOHL, le sérum salé fut remplacé par le sérum glucosé en solution hypertonique à 40 %. Mais alors, on obtenait des chocs après l'injection, et de plus la solution était trop visqueuse d'où un obstacle à la bonne introduction dans les veines. Pour remédier à ces inconvénients, GURFINKIEL utilisa une solution glucosée à 30 % à laquelle il ajoute du thiocol qui, en plus

de son action antiseptique, permet d'avoir une solution beaucoup plus fluide, et moins irritante pour les veines.

Cependant, la pratique ne confirma pas ces idées et la sclérose veineuse se produisait au bout de 6 à 8 injections.

C'est alors que LANDAU modifia sa méthode et qu'à la concentration primitive de 33 %, il substitua une solution d'alcool à 20 %.

Avec cette dilution, la sclérose veineuse est beaucoup moins à redouter.

En pratique, on prescrit :

Alcool éthylique absolu : 20 cc.

Eau physiologique : 80 cc.

De 10 à 40 cc. par jour de cette solution.

En milieu hospitaliser, il est commode de faire préparer des ampoules contenant 2 cc. d'alcool absolu. Pour avoir 20 cc. de la solution à 20 %, il suffit de mettre dans une seringue le contenu de deux de ces ampoules et d'ajouter 16 cc. d'eau physiologique.

C'est d'une telle solution que nous-mêmes avons fait le plus grand usage. Elle nous a permis d'appliquer la méthode de façon continue, sans sclérose veineuse et aussi longtemps que nous l'avons désiré dans la majorité des cas, mais non pas tous.

Nous indiquerons plus loin le moyen de tourner cette difficulté si elle se présente.

QUANTITES A INJECTER ET RYTHME DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

1°) Chez l'adulte

THURSZ injecte des doses quotidiennes considérables, massives, d'alcool en solution à 33 %. Ces doses varient entre 150 et 350 cc. La dose totale atteint dans un cas 1.025 cc. LANDAU adopta ces chiffres dans ses premières tentatives. Mais un jour, un ictère survint. Cet accident l'incita à plus de modération, et il adopta le système d'injections réduites, diluées, répétées, c'est-à-dire des injections de 20 à 40 cc. de la solution à 20 % faites tous les jours.

De plus, la dose de 20 cc. n'est atteinte en général que progressivement après avoir fait des injections croissantes de 10, 15, 20, 30, 40 cc. C'est la méthode que nous avons adoptée dans nos essais thérapeutiques.

2°) Chez les nourrissons et chez les enfants

Chez les premiers, la ponction veineuse n'est guère possible qu'aux environs de trente mois. Cependant, certains auteurs (CRUCHET, MAUPETIT et SARIC) voulant faire bénéficier les nourrissons des avantages de la méthode, n'ont pas hésité à utiliser la voie sinusale tant qu'elle demeure accessible, c'est-à-dire jusqu'à quinze mois. De sorte que, entre

quinze et trente mois, existe une période peu favorable à la médication, à cause des difficultés techniques. La ponction du sinus longitudinal supérieur se pratique le plus souvent, l'enfant étendu sur le dos : on enfonce l'aiguille obliquement dans l'angle antérieur de la fontanelle antérieure.

CRUCHET a pratiqué ces injections d'alcool intrasinusiennes chez deux nourrissons. Les doses injectées ont été dans un cas de 8 cc. par jour, pendant 6 jours, dans un deuxième cas, 10 cc. par jour pendant 10 jours ; puis quatre jours plus tard, à l'occasion d'un nouveau foyer broncho-pneumonique 6 nouvelles injections de 10 cc. furent faites.

CRUCHET signale qu'il n'a jamais eu aucun incident. La solution utilisée était indifféremment celle à 20 et 33 %.

Chez l'enfant, la dose à injecter varie selon l'âge. Mais des doses de 10 et 15 cc. sont de pratique courante. ASTRA NANDIS, chez un enfant de cinq ans, alla même jusqu'à 20 cc.

Quant à fixer à l'avance le nombre d'injections à pratiquer dans un cas donné, c'est tout à fait impossible, il n'y a pas de règle fixe. Ce sont les renseignements fournis par la clinique qui doivent guider le médecin, le faire poursuivre ou abandonner la méthode.

INCIDENTS

Pratiquement, l'on peut dire que les injections intra-veineuses d'alcool ne font courir aucun risque, jamais on n'a observé d'accident mortel.

Les accidents sérieux que l'on a pu noter ne sont survenus que lorsqu'on utilisait les doses massives de 150 cc. par injection.

C'est dans ces conditions que LANDAU observa un ictère parenchymateux. Aussi, par la suite, et bien que revenu aux doses plus faibles habituelles de 20 à 40 cc., il administra de l'insuline à petites doses (5 à 10 unités deux fois par jour) dans le but de préserver le foie.

• En réalité, l'expérience nous a montré que cette précaution était superflue.

Enfin, pour être complet, nous ajouterons que dans une observation de M. le Professeur RATHERY, on vit, 50 jours après la dernière injection d'alcool, et alors que l'abcès pulmonaire était complètement guéri, se développer des lésions tuberculeuses.

Mais l'hypothèse, un instant soulevée, selon laquelle l'alcool serait responsable de cette tuberculisation fut rapidement abandonnée. Car, d'une part, ces lésions étaient apparues bien tardivement, d'autre part on connaît bien, depuis que différents auteurs comme SERGENT, L. KINDBERG y ont insisté, la possibilité pour le bacille de Koch de se greffer

sur un terrain préparé par une suppuration pulmonaire.

Ainsi donc, on peut être assuré de n'avoir aucun accident sérieux avec la méthode.

Mais il existe des petits inconvénients qui cependant, dans la plupart des cas n'empêchent pas de poursuivre les injections.

Certains de ces inconvénients d'ailleurs n'ont été observés que lorsqu'on a employé des doses trop considérables.

C'est ainsi que LANDAU signale l'apparition d'un choc caractérisé par des frissons, de l'affaiblissement. En réalité, ce choc survint après une injection de 100 cc. de solution alcoolique à 33 %. Aux doses habituelles de 20 à 40 cc., il ne s'est plus reproduit.

Il en est de même pour ces manifestations mineures de l'alcoolisme aigu avec congestion et rougeur de la face, sueurs, gaieté, euphorie, voire même sommeil.

Ces accidents ont été signalés dans les premières publications où les doses employées étaient trop fortes. Elles ne se rencontrent plus aujourd'hui que les quantités injectées ont été diminuées.

Ainsi, les manifestations générales que déclanche l'irruption de l'alcool dans le sang dépendent uniquement des doses. Aussi, peut-on dire qu'à l'heure actuelle on ne les observe plus. Cependant, chez l'enfant, il est encore possible de rencontrer une légère ivresse passagère suivie d'un sommeil profond.

Par contre, *les réactions locales* sont à peu près constantes, même avec les solutions de 33 ou 20 % et aux doses de 20 à 40 cc.

Ces réactions locales sont au nombre de deux, ce sont *la douleur* et *la sclérose veineuse*.

La douleur est la traduction subjective de l'irritation de l'endothélium. Elle est instantanée. Elle consiste en une sensation de chaleur ou de brûlure, qui remonte le long de la veine, jusqu'à l'épaule. C'est à l'épaule que le patient la localise. Son maximum d'intensité coïncide avec l'injection, mais il reste après elle un léger endolorissement qui ne persistera jamais au-delà de vingt-quatre heures.

Cependant, il nous faut ajouter que, dans un cas d'abcès pulmonaire dont la guérison par l'alcool fut relatée à la Société de Médecine d'Alger, le Docteur MANCEAUX signale que le malade a conservé des douleurs dans le bras où les injections étaient faites, pendant environ 6 mois. Les injections pratiquées étaient pourtant seulement de 10 cc. Au début, les douleurs furent assez violentes pour gêner les mouvements. De plus, elles irradiaient au loin entre les épaules, dans le dos, les lombes. Par la suite, elles se sont atténuées peu à peu pour disparaître au bout de six mois.

Cet incident reste cependant isolé dans la littérature. Selon l'auteur, il s'agit là d'un phénomène bien particulier d'hypersensibilité veineuse qui ne sera, croyons-nous, que rarement rencontré.

La sclérose veineuse est inévitable. Elle succède à l'irritation de l'endoveine par l'alcool et intéresse

pour une seule piqûre une zone de 3 à 4 cm. environ.

Elle se rencontre plus facilement et plus précocément avec la solution à 33 % qu'avec la solution à 20 %.

Dans un seul cas, on l'a vu aller jusqu'à la thrombose du vaisseau. Aucune embolie ne s'est d'ailleurs produite.

En réalité, la sclérose veineuse n'a pas de gravité bien grande en elle-même. Cependant, la formation de ce bouclier scléreux est arrivée à gêner sérieusement et a pu parfois empêcher de nouvelles injections.

C'est évidemment là un inconvénient assez sérieux lorsqu'on sait par avance que l'affection traitée réclamera un long traitement.

VOIES INTRA-MUSCULAIRE ET SOUS-CUTANÉE

C'est alors que notre Maître le Professeur Agrégé BENHAMOU, pour obvier justement à ces inconvénients de la voie intra-veineuse, nous conseilla d'utiliser la voie intra-musculaire, et la voie sous-cutanée.

Déjà, AZERAD et GILBERT DREYFUS avaient fait usage de la *voie intra-musculaire* et noté son ino-cuité. Mais ils l'utilisèrent comme voie complémentaire de la voie veineuse qui restait celle de choix.

Or, l'expérience nous a montré d'abord que le muscle supporte relativement de grosses doses de solution alcoolique à 20 %.

Nous avons injecté couramment des doses de 20 cc. par jour.

Dans un cas, 80 cc. de solution ont été injectés en deux fois dans la journée.

Quant à la *voie sous-cutanée*, c'est notre Maître le Professeur agrégé BENHAMOU, qui, le premier, l'utilisa et la préconisa. Il montra que le tissu cellulaire sous-cutané était capable de recevoir la même quantité de solution à 20 et 33 % que le muscle ou la veine.

Dans l'utilisation de ces deux voies, jamais nous n'avons observé le moindre incident. Jamais, il ne nous a fallu adjoindre un anesthésique quelconque. Ensuite, et c'est là le point intéressant, l'effet thérapeutique est identique à celui obtenu avec la voie endoveineuse.

Ces faits sont intéressants à relater pour la pratique de la méthode. Ils permettent, en effet, au médecin praticien de mieux conduire une cure par les injections d'alcool. Dans un cas donné, il pourra, avec la même solution, utiliser soit la veine endoveineuse, soit la voie intra-musculaire soit la voie sous-cutanée, ou au contraire combiner ces trois voies. Grâce à ces variétés de technique, les inconvénients de la sclérose veineuse n'entreront plus en ligne de compte, puisque, si elle se produit — et

c'est toujours tardivement avec la solution à 20 %
— la difficulté sera tournée en recourant aux deux
voies intra-musculaire et hypodermique.

VALEUR DE LA MÉTHODE

CE QUE L'ON EN PEUT ATTENDRE

CHAPITRE QUATRIEME

VALEUR DE LA MÉTHODE

CE QUE L'ON EN PEUT ATTENDRE

Pour juger sainement le traitement des suppurations pulmonaires par la méthode des injections intra-veineuses d'alcool, il nous faut, semble-t-il, étudier très rapidement la thérapeutique médicale qui était de mise avant l'avènement de l'alcoolothérapie.

Or, il faut bien le dire, le médecin était assez embarrassé lorsqu'après avoir posé le diagnostic ferme d'abcès du poumon ou de suppuration pulmonaire, il lui fallait appliquer ensuite un traitement médical.

Car les règles établies par SERGENT lors du Congrès International de Chirurgie, tenu à Madrid en mars 1932, et qui furent rappelées au Congrès Français de Médecine (Paris, octobre 1932) sont toujours en vigueur à l'heure actuelle. Elles peuvent se résumer dans cette conclusion du rapport du Professeur SERGENT : « Toute suppuration pulmonaire qui n'a pas guéri spontanément ou par le traitement médical dans un délai de six semaines à deux mois (au maximum) à dater du début

« de la maladie, doit être traitée chirurgicalement
« par action portée directement sur le foyer. »

Ainsi donc, il était donné au traitement médical une marge de deux mois pour fournir ses preuves d'efficacité. Pendant tout ce temps, le médecin praticien avait le droit d'essayer telle ou telle méthode thérapeutique. Il n'avait pas de directives plus précises, et en était donc réduit au procédé des tâtonnements successifs.

Durant cette phase préopératoire, que mettait donc à sa disposition l'arsenal thérapeutique ? C'est ce que nous allons envisager très rapidement.

Les traitements médicaux proposés pour les abcès du poumon sont nombreux. Chacun d'eux a eu sa période de vogue et sa période de déclin.

C'est ainsi que tour à tour furent utilisés : les méthodes biothérapiques, la chimiothérapie dite spécifique avec l'émétine et l'arsenic, enfin les antiseptiques généraux.

Tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour dire que *les antiseptiques généraux*, qui appartiennent pour la plupart à la série balsamique (eucalyptus, goménol, gaïacol) sont des désinfectants, des désodorisants. Mais leur valeur s'arrête là, et ils sont incapables de juguler l'évolution d'un foyer inflammatoire.

Il en est de même de l'ail et de l'hyposulfite de soude qui ne peuvent être que des adjuvants.

Les méthodes biothérapiques sont au nombre de deux : ce sont la sérothérapie et la vaccinothéra-

pie. Il est facile de penser, en effet, que dans les cas où l'identification des agents microbiens en cause fut possible, les médecins ont cherché dans la *sérothérapie* le moyen d'éviter l'intervention chirurgicale. Dans les abcès à pyogènes banaux, on eut recours aux sérums anti-pneumococcique et anti-streptococcique, et les sérums anti-gangréneux furent opposés à toutes les formes de nécrose avec fétidité. Mais l'expérience a montré que la sérothérapie anti-pneumo ou anti-streptococcique ne s'est pas avérée plus efficace dans le traitement des suppurations pulmonaires que dans les autres pneumopathies. Et BORDET, collaborateur du Professeur SERGENT, dit à son sujet : « On ne saurait fonder sur elle de trop grands espoirs. » Le Professeur MOREAU affirme aussi : « La sérothérapie a donné de grands espoirs qui n'étaient que des illusions. »

Quant à la sérothérapie anti-gangréneuse, elle connut plus de vogue grâce à des observations particulièrement heureuses. Aujourd'hui, avec le recul du temps, les auteurs sont unanimes à reconnaître que ses effets sont inconstants et, le plus souvent, passagers ou incomplets.

De plus, il faut faire à son sujet deux remarques qui, pensons-nous, ont de l'importance. La première est le paradoxe qu'il y a à attribuer une action spécifique à un sérum dont les antitoxines visent justement des germes que l'on ne trouve pas ou que l'on ne trouve que rarement dans la gangrène pulmonaire : *perfringens*, *vibrion*, *bacillus œdematiens*, etc., tous microbes du groupe « tellurique »

que l'on rencontre dans les phlegmons gangréneux des blessures de guerre. La seconde remarque vise ce fait que les effets que l'on peut obtenir dans une suppuration pulmonaire ne se produisent qu'à l'occasion des accidents sériques que la sérothérapie détermine aux environs du dixième jour. Ces accidents sont imprévisibles dans leur gravité. Dès lors, il faut se demander s'il y a intérêt à les faire subir à un organisme déjà mis à mal par une suppuration.

La vaccinothérapie fut utilisée dans ses différentes modalités : stock-vaccins, auto-vaccins, lysat-vaccins, etc.

Et les auteurs s'en louent différemment aussi. De plus, les avis sont encore partagés pour son utilisation :

Pour certains, en effet, les vaccins ne doivent être utilisés que dans la mesure où ils ne suscitent ni grosses réactions générales, ni réactions locales incommodantes. Mais d'autres voient justement dans cette absence de réactions générales une circonstance qui les laissent sceptiques sur l'efficacité de cette thérapeutique.

Enfin, la chimiothérapie spécifique est représentée par l'arsenic et par l'émétine.

La médication arsenicale par le stovarsol ou le novar a eu et a encore de nombreux partisans. Sa vogue eut pour origine les nombreux travaux (de BEZANÇON et ETCHEGOIN, en particulier) qui mirent en valeur le rôle des spirilles dans les gangrènes pulmonaires.

Il y eut quelques succès, certes, mais ont-ils justifié le rôle de premier plan que certains auteurs voulurent faire jouer à l'arsenic ? Les résultats apportés par la suite semblent, au contraire, avoir bien calmé cet enthousiasme. On admet aujourd'hui que l'arsenic peut parfois être une médication stimulante, aider à une reprise de l'état général, modifier la fétidité, mais il n'est pas une médication curatrice ni même une médication à employer de façon exclusive.

Le Professeur COSTANTINI faisait, dans une Conférence parue dans *l'Algérie Médicale* (septembre 1933), la judicieuse remarque suivante concernant l'arsénothérapie : « Nous admettons qu'elle fait disparaître les spirilles, mais qu'elle ne détruit pas les anaérobies si bien que, favorisant la guérison, elle est incapable de l'assurer à elle seule. »

Par contre, il est un médicament qui jouit d'un honneur particulièrement grand, c'est *l'émétine*. Il fut même étiqueté médicament spécifique. Et, en effet, les résultats qu'il donne sont véritablement foudroyants lorsqu'il s'agit d'un Absès amibien du poumon. Son efficacité remarquable dans ce cas encouragea forcément les médecins à l'essayer dans le traitement des autres variétés de suppurations pulmonaires.

Et à la faveur de quelques cas heureux, d'ailleurs assez rares et pouvant comprendre des cas d'amibiase méconnue, l'émétine vit brusquement ses indications s'étendre à tous les absès du poumon. Mais de nombreux insuccès ne tardèrent pas à calmer

un pareil engouement. A l'heure actuelle, on estime que, dans le cas d'abcès du poumon non amibien, son efficacité est loin d'être constante. Quand elle se manifeste, elle est toujours lente, progressive. Pour le Professeur SERGENT, la guérison par l'émétine est toujours incomplète dans les abcès non amibiens.

Ainsi, l'émétine ne mérite pas une place aussi privilégiée qu'on a bien voulu lui accorder au début de son emploi dans les thérapeutiques recommandables. Par ailleurs, il ne faut pas oublier son action déprimante et elle serait « à déconseiller chez les « malades dont l'état général, ce qui n'est pas l'exception, est profondément altéré ». (F. BORDET)

On conçoit maintenant très facilement que, devant l'inconstance et la médiocrité des résultats fournis par l'arsenal thérapeutique classique dans les suppurations pulmonaires, l'apparition d'un médicament nouveau, inédit, devait susciter un très vif intérêt.

C'est ce qui arriva à l'alcool intra-veineux. Nous l'avons dit dans notre historique, LANDAU, par ses articles dans la *Presse Médicale*, lance la méthode en France. On l'utilise de toutes parts.

On est émerveillé des résultats obtenus. Un certain enthousiasme naît. On croit avoir enfin trouvé le médicament qui permettra d'éviter l'intervention chirurgicale dans bon nombre de processus suppuratifs pulmonaires. Différents articles paraissent dans les périodiques, où l'on fait l'éloge de la méthode avec, à l'appui, des cas incontestables d'ab-

cès du poumon guéris cliniquement et radiologiquement par l'alcool intra-veineux. Enfin, quelques thèses même groupent des observations de suppurations pulmonaires, où l'alcool a été le médicament curateur, le médicament héroïque, après l'échec de l'émétine, des sérums.

Devant de tels succès thérapeutiques, les auteurs étendent le domaine des indications de l'alcool intra-veineux aux pneumonies et aux broncho-pneumonies. Ici aussi, c'est la même réussite, le pronostic des broncho-pneumonies en particulier s'améliore au-delà de tout espoir.

Ainsi, l'optimisme est grand chez ceux qui emploient la méthode.

GURFINKIEL, entre autres, dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* ⁽¹⁾, affirme avec véhémence, — avec trop de véhémence — que les suppurations pulmonaires relèvent de deux méthodes thérapeutiques : l'intervention chirurgicale et l'alcoolothérapie. Il rappelle que la première comporte encore à l'heure actuelle une gravité immédiate bien grande, que de plus, elle nécessite pour pouvoir être réalisée des conditions qui sont rarement réunies, d'après lui. De sorte qu'en définitive, l'alcoolothérapie reste le procédé unique à mettre en œuvre dans le cas de suppurations pulmonaires.

Mais bientôt furent publiées des observations où l'alcool était tenu en échec, soit échec complet, soit

(1) GURFINKIEL : les Abscesses du poumon, les suppurations pulmonaires. *Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 27 avril 1935.

échec partiel. Mais ces observations ne furent guère prises en considération.

Un des premiers, le Professeur SERGENT rapporte que dans deux cas, il a eu l'illusion d'un effet très heureux. Mais cette illusion a été très éphémère, car l'accalmie fut suivie d'une reprise violente des accidents et les deux malades sont morts.

A. COLARD et F. CASPERS, un peu plus tard, racontent que, séduits par l'optimisme régnant, ils essayent l'alcoolothérapie dans trois cas de suppurations fétides. Résultat : trois échecs complets.

Enfin, différents auteurs (KINDBERG, CURTILLET, KOURILSKY) dans leurs travaux sur les abcès du poumon, mentionnent bien la méthode et son caractère inoffensif, mais c'est aussi pour dire le peu de confiance qu'ils ont en elle.

Ces opinions contradictoires, comme d'ailleurs toutes les positions extrêmes, renferment une part de vérité, mais aussi une part d'exagération et, par ce fait même, nuisent au vrai mérite de l'alcoolothérapie.

A la faveur du recul du temps (voilà cinq ans que l'alcool intra-veineux a été préconisé), à la faveur des observations éparses dans la littérature et de nos observations personnelles, nous allons maintenant dire ce que, nous semble-t-il, il faut attendre de la méthode de LANDAU, les résultats qu'elle est susceptible de procurer au médecin qui l'emploie.

Une distinction doit être faite immédiatement entre les suppurations pulmonaires collectées et

diffuses d'une part, et les pneumopathies aiguës non suppuratives (pneumonies et broncho-pneumonies) d'autre part. Les résultats, en effet, diffèrent quelque peu.

Dans le premier groupe d'affections, il nous faut envisager : 1° les suppurations aiguës ; 2° les suppurations chroniques.

1°) *Résultats dans les suppurations aiguës.* Il s'agit là des Abscesses du poumon, fétides ou non fétides. Nous avons réuni un ensemble de 36 cas d'abcès pulmonaires traités par les injections d'alcool. Sur ces 36 cas, il y a eu : 22 guérisons, 4 améliorations, 5 échecs et 5 morts.

Ces morts sont survenues pour la plupart après intervention chirurgicale, mais souvent étaient dues à la gravité de la suppuration elle-même qui échappait à toutes nos ressources thérapeutiques (n°s 27-33).

Les échecs ont été observés dans cinq cas. Dans trois cas, il s'agissait d'abcès fétides, dans les deux autres cas d'abcès aigus à pyogènes. Ces échecs étaient nets, complets, mais il faut ajouter aussi que cette inefficacité de l'alcool survenait après l'échec des autres médicaments : émétine, sérothérapie (n°s 11 et 12). Nous dirons plus loin pourquoi ces échecs de la méthode ne sont cependant pas suffisants pour rejeter cette thérapeutique.

Par ailleurs, nous avons pu observer 4 cas où la « *restitutio ad integrum* » ne s'est pas produite et où l'on ne peut donc parler de guérison vérita-

ble. Il s'agit seulement d'amélioration, mais souvent de très forte amélioration (n^{os} 1, 22).

Les observations se plaisent, en effet, à reconnaître que, dès les premières injections du liquide, l'expectoration perd son odeur fétide et diminue d'importance. En même temps, on voit la température descendre vers la normale, cesser ses larges oscillations, perdre ainsi son caractère alarmant. Mais surtout, c'est l'état général qui est amélioré, le malade qui était dans son lit à peu près inerte, reprend assez rapidement ses forces et son appétit.

Ces propriétés « sthéniques » de l'alcool intraveineux sont signalées par tous ceux qui en ont fait l'usage, et MANCEAUX, à une séance de la Société de Médecine d'Alger les rappelait encore (n^o 21).

Enfin, nous avons vu 22 guérisons se produire. Cependant, il nous faut tout de suite ajouter que deux cas ont nécessité, l'un une pleurotomie, l'autre pleurotomie et pneumotomie. Ces différentes guérisons se sont effectuées avec une « *restitutio ad integrum* » parfaite, vérifiée en clinique et par la radiographie. Les sujets étaient suivis par la suite, et cinq et six mois plus tard, leur guérison se maintenait entière.

De l'ensemble de ces résultats que nous a fournis la clinique, quelles déductions pouvons-nous tirer ?

Si nous voulions en quelques mots établir la valeur de l'alcool dans les suppurations pulmonaires aiguës, nous dirions : Les injections intraveineuses d'alcool à 33 ou à 20 % ne constituent pas une

thérapeutique spécifique des suppurations pulmonaires aiguës. Les résultats qu'elles fournissent sont des résultats inconstants, mais dans l'ensemble satisfaisants.

Résultats inconstants en effet, parce que l'alcool n'agit pas régulièrement dans tous les cas d'abcès pulmonaires.

Son action bienfaisante reste imprévisible. Quand on l'utilise, on ne peut être assuré à l'avance du résultat que l'on obtiendra. Par cela même, il reste un peu déconcertant, déroutant.

A quoi tient cette inconstance, cette discordance dans les résultats ? Il semble que pour l'expliquer, il faut tenir compte non pas tant de l'alcool, que de l'étiologie et du caractère évolutif différents des lésions. Certains abcès, qu'ils soient putrides ou simples, manifestent une grande malignité. Cette malignité peut apparaître soit d'emblée, soit seulement après un certain temps d'évolution. D'autres, au contraire, paraissent vouloir évoluer favorablement. Mais si elle existe en puissance, cette évolution favorable tarde cependant souvent à se manifester. C'est dans ces cas que l'alcool semble exercer son rôle bienfaisant, en accélérant la marche vers la guérison. Mais, nous dira-t-on alors, l'alcool n'a donc d'action que sur les abcès qui veulent bien évoluer favorablement.

Certes, la guérison spontanée du poumon n'est pas un mythe. Il est admis, à l'heure actuelle, que les abcès du poumon manifestent par eux-mêmes une forte tendance à guérir spontanément. Certains

auteurs affirment que cette guérison spontanée est le fait de 60 % environ des abcès aigus à pyogènes, tandis que pour les abcès putrides, elle ne s'observe que dans 40 % des cas. Mais d'autres auteurs (KINDBERG, en particulier) donnent des chiffres moins élevés : 35 % de guérison spontanée avec des limites variant entre 25 et 45 %.

Cette notion doit nous inciter à beaucoup de prudence dans l'interprétation des résultats.

Mais nous avons pu voir des cas d'abcès du poumon indiscutablement graves, où l'on ne croyait pas « à priori » à l'action bienfaisante de l'alcool, se terminer favorablement. De telles observations où le succès est vraiment inespéré, semblent nous obliger à penser qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence et à attribuer à l'alcool une certaine valeur par lui-même. Ces guérisons, enfin, sont dignes d'être prises en considération parce que souvent elles ont été obtenues après l'échec des autres thérapeutiques comme l'émétine, l'arsenic.

Quoique contradictoires, les résultats fournis par la méthode de LANDAU restent dans l'ensemble satisfaisants. En effet, notre statistique qui porte sur 36 cas d'abcès du poumon traités par l'alcool nous montre une influence favorable de la médication dans 60,5 % des cas contre 28,8 % d'échecs ou de morts et 10,5 % d'améliorations. Les statistiques antérieurement publiées concernant la valeur des thérapeutiques médicales dans les abcès du poumon accusent une mortalité variant entre 60 et 80 %. La comparaison des résultats obtenus sem-

blerait établir donc une augmentation du pourcentage des guérisons des suppurations pulmonaires aiguës avec l'alcoolothérapie. Parallèlement, le nombre des interventions chirurgicales diminue.

Enfin, il nous faut ajouter que, si dans un certain nombre de cas, l'action bienfaisante de l'alcool ne va pas jusqu'à la guérison, on obtient cependant une amélioration notable qui fait de l'alcool un précieux auxiliaire de l'intervention chirurgicale.

En définitive, les résultats que fournit la méthode de LANDAU dans le traitement des Abscesses du poumon semblent suffisants pour justifier à nos yeux son emploi dans ces affections. Ces résultats acquièrent davantage de valeur si l'on songe qu'ils sont obtenus avec une méthode thérapeutique qui est sans danger, qui ne comporte, semble-t-il, aucune contre-indication ; si on veut bien les comparer à ceux, décevants et médiocres, fournis par les autres thérapeutiques médicales et si l'on se rappelle, enfin, les inconvénients possibles des différents médicaments utilisés.

2°) Résultats dans les suppurations chroniques.

Si nous envisageons maintenant la valeur de l'alcool dans les suppurations pulmonaires chroniques, il nous faut d'emblée dire que l'alcool n'apporte jamais de guérison complète, de « *restitutio ad integrum* ».

Dans ces suppurations chroniques, en effet, le processus de broncho-pneumonie chronique nécrosante auquel fait suite une sclérose cicatricielle est

au premier plan. Or, sur la sclérose, sur le tissu de cicatrice, l'alcool ne peut plus rien.

Mais dans ce genre d'affections, les injections intraveineuses d'alcool se sont quand même révélées, une médication très intéressante par les améliorations qu'elles permettent d'obtenir dans des cas où les autres thérapeutiques ont échoué. On a pu voir ainsi des cas de suppuration pulmonaire très ancienne, remontant à des années (n^{os} 38 et 40) gênant considérablement le malade dans sa vie quotidienne subir d'importantes régressions : l'expectoration diminue considérablement après avoir d'abord perdu sa fécondité, la toux devient peu fréquente et surtout l'état général s'améliore. Il se produit de l'engraissement. Les forces reviennent et permettent ainsi au malade de reprendre son travail.

Cependant, il faut savoir qu'ici aussi la même inconstance dans les résultats se retrouve. L'échec de l'alcool peut être noté (n^o 41).

Son attention ayant été attiré par ces améliorations dans les suppurations chroniques du poumon, notre Maître M. le Professeur Agrégé BENHAMOU, nous suggéra l'idée d'utiliser la méthode dans une poussée évolutive de bronchiectasie avec fièvre à 40° et expectoration abondante. Le lipiodol nous révéla de grosses ectasies bronchiques.

L'alcool intraveineux et intramusculaire entrepris dès le début nous a semblé avoir une influence heureuse sur l'évolution de cette poussée : elle fut écourtée sensiblement, rapidement la température

tomba, l'expectoration se tarit. Actuellement, le sujet est dans un état de santé très satisfaisant. Mais il est évident que le pronostic éloigné de sa bronchiectasie reste le même (n° 43).

Nous avons recherché dans la littérature des cas analogues. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation, celle de FEJGIN parue dans la *Presse Médicale* en décembre 1931. L'amélioration apportée par l'alcool fut nette là aussi (n° 42). Il est intéressant enfin de remarquer que pareille amélioration peut être observée dans le cas de bronchiectasie à forme hémoptoïque. L'observation n° 44 en est un bel exemple.

De tels résultats sont dignes d'être pris en considération, car ils montrent l'action souvent favorable des injections d'alcool sur l'élément infectieux de ces bronchiectasies anciennes.

De même, nous devons signaler les améliorations obtenues par la médication dans le cas de réveil aigu d'inflammation bronchique survenant chez des bronchiteux chroniques, emphysémateux, âgés et au cœur plus ou moins défaillant. Là, également, l'alcool a rapidement éteint le processus infectieux. Certes, ces poussées ont une tendance spontanée à la guérison. Cependant, il semble que l'alcool agisse en stimulant l'organisme, en renforçant sa résistance et en diminuant la virulence des germes (n°s 44, 45, 46, 47).

3°) Résultats dans les pneumopathies aiguës.

Il nous reste maintenant à envisager la valeur

de l'alcoolothérapie dans le traitement des pneumopathies aiguës : pneumonies et broncho-pneumonies.

De nombreux auteurs ont essayé la méthode dans ces affections. Dans l'ensemble, l'opinion générale est très favorable. Tous se sont loués des bienfaits de l'alcool intra-veineux. Certes, il est de notion courante qu'il existe des pneumonies à évolution écourtée; « la pneumonie tourne court » dit-on. Aussi, dans ces cas, la critique est aisée. Mais quand il s'agit de broncho-pneumonie, tout le monde est d'accord pour en affirmer le pronostic extrêmement sévère, surtout quand il s'agit de foyers broncho-pneumoniques survenant au cours d'une grippe, plus ou moins mitigés d'œdème infectieux, et chez des éthyliques avérés. Or, l'alcool entrepris dans de tels cas a donné des résultats très favorables (n^{os} 50 et 56).

AZERAD et G. DREYFUS ont publié le résultat de quatre cas de pneumonies ou broncho-pneumonies graves survenues chez des éthyliques : la défervescence a toujours été obtenue dans les quarante-huit heures quel que fut le moment où la première injection fût pratiquée.

MASSIÈRE et LEURET apportent trois cas de broncho-pneumonies : premier cas : broncho-pneumonie traînante avec dilatation bronchique ; deuxième cas : broncho-pneumonie double avec insuffisance cardiaque chez un homme de 63 ans ; troisième cas : broncho-pneumonie avec asthme intriqué. Ces trois cas, toujours plus ou moins compliqués, se sont ter-

minés par la guérison. SZAJNA publie 24 cas de pneumonies lobaires traitées par les injections intraveineuses d'alcool. La guérison a toujours été observée. L'auteur signale, en outre, qu'une seule injection intraveineuse de 50 cc. de la solution est suffisante, elle produit la chute thermique et l'amélioration de l'état général.

H. COUTURIER, enfin, eut l'occasion d'essayer cette médication dans les pneumopathies aiguës dans un asile de convalescents, c'est-à-dire chez des sujets dont l'état général est déficient par suite d'une affection antérieure : insuffisance aortique rhumatismale, hernie inguinale double opérée compliquée d'une phlébite d'un membre inférieur, asthme, fracture du bassin, insuffisance cardiaque. Chez tous ces sujets à organisme plus ou moins taré, la pneumopathie aiguë s'est terminée favorablement (numéros 58 à 65).

Cependant, il faut ajouter que, dans la littérature, nous avons trouvé deux échecs de la méthode dans deux cas de broncho-pneumonies survenues chez des enfants. Il s'agissait de deux rachitiques, très en retard dans leur évolution, dont l'un fit une coqueluche compliquée bientôt de deux foyers broncho-pneumoniques (n° 54) et l'autre, fracturé de la jambe droite, fit une congestion pulmonaire qui l'emporta (n° 55).

Dans l'ensemble donc, les résultats qu'apporte l'alcool dans la thérapeutique des pneumopathies aiguës sont très appréciables. Mais les observations restent, malgré tout, encore trop peu nombreuses

pour que l'on puisse apporter un jugement définitif sur sa valeur. Cependant, si l'on veut bien se rappeler son caractère anodin, on conviendra que nous disposons là d'une arme nouvelle contre ces affections aiguës.

INDICATIONS
ET CONTRE-INDICATIONS

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Indications

Ce que nous avons dit des résultats obtenus avec la méthode va nous permettre d'être rapide dans ses indications.

1°) D'une façon générale, l'on peut dire que l'alcoolothérapie est indiquée dans toutes les suppurations pulmonaires chaque fois que le traitement médical est le seul à entreprendre et que l'émétine n'est d'aucune utilité.

Or, l'on sait que le traitement médical est de mise dans les suppurations pulmonaires où la chirurgie ne peut plus rien (formes médicales) et dans la période du début, la période dite préchirurgicale (formes médico-chirurgicales) qui dure six semaines à deux mois environ.

A — L'on tentera donc l'alcool dans les *formes médicales des suppurations pulmonaires*, c'est-à-dire :

1°) *Les suppurations bilatérales.*

2°) *Les suppurations diffuses non collectées.*

3°) *Les suppurations collectées mais trop étendues*, et qui dépassent, de ce fait, les possibilités de la chirurgie la plus audacieuse.

4°) *Les suppurations très anciennes*.

5°) Enfin, *les formes ataxo-adyamiques* des suppurations où l'alcool est d'autant plus indiqué, à cause de son action sur l'état général.

B — Dans les *formes médico-chirurgicales*, l'alcool est encore indiqué. Ces formes concernent *les abcès observés dans leur première période*, sans que nous fassions de distinction entre un abcès simple et un abcès fétide. A ce moment, il est encore trop tôt pour faire une opération efficace et peu dangereuse. De plus, il faut laisser à l'abcès courir sa chance de guérir spontanément, l'aider dans cette évolution. Nous avons vu que dans cette aide, dans ce rôle d'adjuvant, l'alcool intraveineux a une valeur réelle. Mais, passé ce délai de six semaines à deux mois, la guérison médicale d'un abcès du poumon devient très aléatoire et la chirurgie doit intervenir.

2°) L'alcool intraveineux nous semble encore indiqué dans les *poussées évolutives des bronchiectasies, et des bronchites chroniques* évoluant chez des sujets âgés, emphysémateux, et au cœur plus ou moins défaillant.

3°) *Les pneumopathies aiguës* à caractères cycliques plus ou moins nets, c'est-à-dire les pneumonies et les broncho-pneumonies sont enfin justiciables de cette méthode, surtout dans les formes grippales, les

formes bâtarde du vieillard (Observation MASSIÈRE et LEURET), les formes graves de l'enfant et du nourrisson (Professeur CRUCHET).

Contre-Indications

Aux doses que nous avons indiquées, les injections d'alcool, avons-nous déjà dit, sont une médication sans danger.

Il ne semble pas qu'elles présentent de contre-indications sérieuses.

En effet, l'insuffisance hépatique légère, celle des éthyliques n'est pas influencée défavorablement (observation n° 50). L'administration d'insuline pour protéger le foie, comme l'a préconisé LANDAU, semble inutile.

L'insuffisance du myocarde qui, à première vue, pourrait passer comme contre-indiquant l'alcoolothérapie, paraît au contraire être favorablement influencée par elle (MASSIÈRE et LEURET, observation n° 65).

Les valvulites ne semblent pas non plus être une contre-indication. L'observation n° 62 concernant un insuffisant aortique (origine rhumatismale) est suggestive à cet égard.

L'âge, enfin, n'entre jamais en ligne de compte. La méthode a été mise en œuvre aussi bien chez des vieillards (n°s 51, 61, 65) que chez des enfants et des nourrissons (n°s 5, 6, 52, 53) sans qu'il en ait résulté aucun ennui.

CONCLUSIONS

1) Les injections d'alcool, préconisées dans le traitement des Suppurations pulmonaires, s'emploient en solution à 33 % et à 20 % et à la dose de 10 à 40 cc. par jour ou tous les deux jours. La voie utilisée au début était la voie endo-veineuse. Par la suite, on s'est rendu compte que la voie intramusculaire et la voie sous-cutanée pouvaient être également employées avec des résultats identiques. Cette facilité d'emploi place la méthode à la portée de tout praticien.

2) Les injections d'alcool semblent agir en excitant les fonctions du système réticulo-endothélial : il en résulterait une stimulation de la phagocytose et une augmentation de la production d'anti-corps.

3) Les injections d'alcool utilisées dans le traitement des Suppurations pulmonaires aiguës ne donnent pas des résultats constants.

4) Cependant, notre statistique qui porte sur 36 cas d'Abscess du poumon traités par l'alcool, comparée aux statistiques déjà publiées, semble établir une augmentation du pourcentage des guérisons obtenues par les seuls traitements médicaux.

5) Même dans le traitement des Suppurations pul-

monaires chroniques, dans le traitement des Bronchiectasies compliquées d'un élément infectieux, les injections d'alcool ont paru avoir une réelle valeur thérapeutique : dans nos cas, elles ont écourté sensiblement la durée de la poussée évolutive, tandis que, couramment, se produisait une amélioration rapide de l'état général.

6) Enfin, dans les Pneumopathies aiguës : Pneumonies ou Broncho-pneumonies, les injections d'alcool ont parfois donné des résultats appréciables. Mais les observations sont encore trop peu nombreuses pour que l'on puisse apporter un jugement définitif sur leur valeur.

7) Les injections d'alcool sont, aux doses que nous avons indiquées, une médication généralement sans danger. Et il ne nous est point apparu que des contre-indications puissent être tirées d'un mauvais fonctionnement cardiaque ou hépatique.

En définitive, il semble bien que, dans les Suppurations pulmonaires aiguës, subaiguës et même chroniques, ainsi que dans les Pneumopathies aiguës, les injections d'alcool doivent figurer dans l'arsenal thérapeutique, à côté de l'émétine, de l'arsenic et du benzoate de soude le plus souvent préconisés.

Observations d'abcès pulmonaires aigus

OBSERVATION N° I

A. LANDAU, M. FEJGIN, J. BAUER

(In *Presse Médicale*, 11 avril 1931)

Abcès du poumon gauche.

Traitement par l'alcool.

Guérison.

B. Z..., 20 ans, ouvrier, est arrivé au service le 4 juillet 1929.

La maladie a débuté le 20 juin, brusquement par de la fièvre (39°7) et de la faiblesse générale ; le lendemain, apparut une forte toux avec difficulté d'expectoration de crachats verdâtres abondants ; simultanément, apparut des douleurs dans l'hémithorax gauche et une forte dyspnée. La fièvre oscillait entre 38° et 39°. Après trois jours, le malade ainsi que son entourage, s'est aperçu à ce moment que l'expectoration comme l'haleine étaient fétides. Tous ces signes persistèrent jusqu'à l'arrivée du malade dans le service.

A l'examen : température 39°, pouls 102, régulier, respiration 40 T.A. : 105-50 mm Hg, poids 55 kilos.

L'hémithorax gauche est un peu moins mobile pendant la respiration. Au-dessus du sommet droit, submatité avec respiration rugueuse. A gauche en arrière, matité jusqu'à la crête de l'omoplate ; plus bas, le son s'éclaircit, au-dessus de l'angle : nuance tympanique, la respiration bronchique couverte par des râles, sonores, petits et moyens.

En avant à gauche, matité avec nuance tympanique sous

la clavicule ; jusqu'à la troisième côte, respiration bronchique avec nuance amphorique, au dessous respiration abolie, en bas sous la ligne axillaire : affaiblie. Bruits du cœur sourds.

Urines : traces d'albumine.

Sang : 31.000 globules blancs.

Crachats ; absence de fibres élastiques et de B. K. Nombreux cocci et diplocoques. GR.+.

Radioscopie de la cage thoracique (pour des raisons techniques, on n'a pas fait de radiographie), on décèle dans la partie moyenne du poumon gauche une cavité de dimensions d'une mandarine, remplie jusqu'à moitié d'un liquide ; autour d'elle : obscurcissement notable. Dans le sommet gauche et au dessus du lobe supérieur, on aperçoit deux poches pneumiques, deux adhésions les limitent à la partie externe du sommet gauche.

Evolution et traitement : le malade a reçu par voie buccale des antipyrétiques avec de la poudre de digitale, de l'huile d'eucalyptus et une solution 0,5 pour 100 d'acide phénique. L'état reste grave.

Le 6 juillet : première injection intraveineuse de 50 cc³ d'alcool, qui provoque un choc énorme : grands frissons et affaiblissement général prononcé. On suspend momentanément l'alcool, on essaye à deux reprises et en vain un pneumothorax artificiel. Les 7 et 8 juillet, l'état du malade restait grave (39°6). On reprend le traitement à l'alcool en diminuant la dose de moitié, c'est-à-dire 25 cc³ et on a répété cette injection les jours suivants. Après cinq jours, on pouvait déjà constater l'abaissement de la température (le 11 juillet, premier jour afébrile), pouls 94, respiration 30, la quantité des crachats a diminué jusqu'à 250 cc³ en vingt-quatre heures.

L'expectoration n'était plus fétide, le malade se sentait mieux. L'amélioration est nette la semaine suivante.

L'état reste afébrile, la quantité des crachats est à peine de 120 cc³ sans fétidité, la toux est bien plus faible. Dans le poumon gauche, la matité et la respiration bronchique persistent après la toux avec quelques petits râles au dessus du hile et sous la clavicule.

Le malade a augmenté de poids : 2 kgs.

Pendant toute la semaine suivante, le malade recevait 25 cc³ d'alcool, tous les jours ; son état s'améliorait toujours. Depuis le 25 juillet, on a cessé le traitement alcoolique. La toux et l'expectoration ont cessé, le malade se sentait très bien. Il a augmenté de poids, en tout 4 kgs 8.

Radiographie, le 9 août : adhésions aux deux bases, limitant les mouvements du diaphragme dans la partie paracentrale, surtout à gauche. Netteté des arbres hilaires. Dans la partie inférieure du champ pulmonaire gauche se projetant sur l'ombre du ventricule gauche, infiltration parenchymo-pleurale de forme et de dimensions d'un œuf de poule. Au pôle supérieur de cette infiltration, on aperçoit une raréfaction comme vestige d'une caverne ; de la partie centrale du hile se détache en haut une petite bande pleurale hilaire.

Entre la deuxième et la troisième côte à gauche en avant ; épaississement hémisphérique de la plèvre. Sous cet épaississement : absence du dessin pulmonaire (Docteur KRYNSKY.)

OBSERVATION N° 2

A. LANDAU, M. FEJGIN, J. BAUER

In *Presse Médicale*, 11 avril 1931 (Résumé)

Abcès aigu du lobe inférieur gauche.

Guérison.

Il s'agit d'une malade de 28 ans qui est arrivée dans le service le 8 juin, d'une clinique d'accouchement avec le diagnostic de pneumonie gauche. Avortement le 28 mai, curetage. Elle présente ensuite pendant quelques jours de la fièvre le soir.

Le 4 juin, elle a ressenti un point de côté, de l'expecto-

toration rouillée est apparue, la température a monté brusquement.

Il s'agit d'une lésion inflammatoire grave située dans le lobe inférieur du poumon gauche, survenue en rapport avec l'infection gynécologique : pneumonie gauche inférieure embolique suppurative, abcès du lobe inférieur gauche.

Le processus déterminant la production des abcès se distinguait dans ce cas par sa grande malignité comme toutes les pneumonies purulentes de cette origine.

L'état de la malade pendant les dix premiers jours s'aggrava de jour en jour. La température oscillait entre 36,8 et 40° (crachats muco-purulents avec des traces de sang et non fétides, pas de bacille de Koch, ni de fibres élastiques, leur quantité s'élevait à 125 cc. en vingt-quatre heures.

Durant cette période, on administrait à la malade tous les jours 2 cc. de camphochine et 20 cc. de son propre sang en injections intra-musculaires, des injections de strychnine à 0,002 et du camphre par voie sous-cutanée, l'huile d'eucalyptus et la solution phéniquée à 1 % et des cachets de quinine avec aspirine et poudre de digitale.

Le traitement jusqu'ici n'a pas procuré d'amélioration. Le processus progressait même dans le sens de la suppuration et d'une gangrène probable de la partie envahie du poumon.

On a commencé alors les injections d'émétine, qui n'ont pas donné de résultat.

L'affection pulmonaire, comme les signes généraux s'empiraient et la situation semblait presque fatale, quand on a institué les injections intraveineuses d'alcool à 33 %, 20 cc., en injectant simultanément deux fois par jour 10 cc. d'insuline sous la peau.

Le 20 juin, température à 37,4-39,6. Le 21 juin, après la première injection d'alcool, température 37°-38,2 ; meilleur état général, crachats 125 cc. à peu près en vingt-quatre heures.

Depuis le 24 juin, état afébrile, la malade se sent bien.

Après 7 injections d'alcool, l'état de la malade était tellement bon qu'on a cessé le traitement alcoolique.

Plus de fièvre, très peu de crachats. Le 16 juillet, la malade quitte l'hôpital, elle a repris durant la dernière semaine 3 kgs, ne tousse pas, n'expectore plus, se sent très bien.

La radiographie faite le même jour montre la moitié gauche du diaphragme bien moins mobile, l'angle gauche diaphragmo-costal ne s'éclaircit pas.

Le champ pulmonaire dans la région du lobe inférieur est moins aéré (par suite des lésions de la plèvre), une adhésion de la plèvre avec le péricarde à hauteur de la cinquième côte en avant, les ombres hilaires plus fortes, les sommets clairs.

OBSERVATION N° 3

A. LANDAU et St. KAMINER

(In *Presse Médicale*, 10 août 1932)

Abcès gangréneux du poumon droit.

Traitement : pneumothorax artificiel et alcool intra-veineux.

Guérison.

La malade K..., âgée de 25 ans, bien portante auparavant, tombe malade il y a trois semaines, un point de côté à droite, la température montait à 39°, la malade se mit à tousser et à cracher ; après une semaine, haleine et crachats deviennent fétides, environ 50 cc. de crachats par jour. A l'examen, on n'a constaté qu'une respiration rugueuse au lobe supérieur droit avec des râles sibilants, la radiographie a montré une infiltration étendue sous-claviculaire à droite et une caverne centrale de dimensions d'un œuf de poule avec un niveau liquide. Après deux injections de novarsénobenzol, l'état de la malade n'a pas

changé. Le processus inflammatoire gangréneux aigu, situé au lobe supérieur donnait peu de signes physiques, ce qui permettait de supposer que la caverne gangréneuse s'était localisée assez loin de la périphérie. Après un séjour d'une semaine dans le service, on a eu recours au pneumothorax artificiel, complété ensuite maintes fois. Le pneumothorax artificiel a comprimé le lobe inférieur, le lobe supérieur seulement du côté du médiastin, parce que ce lobe était accolé à la paroi thoracique. Après l'application du pneumothorax, la température baissa jusqu'à la normale et après deux semaines de collapsothérapie, l'haleine et les crachats ont perdu leur odeur fétide, il n'y avait plus que quelques centimètres cubes de crachats par jour.

Malgré la grande amélioration de l'état général, la caverne n'a pas disparu entièrement à cause des adhérences étendues du lobe supérieur. En maintenant le pneumothorax artificiel, on a prescrit à la malade des injections d'alcool (20 cc. à 20 %).

Après cinq injections, la caverne a disparu, la malade a cessé de tousser et de cracher, son poids a augmenté de 5 kilogrammes.

On pouvait considérer la malade comme guérie de sa gangrène pulmonaire.

OBSERVATION N° 4

A. LANDAU et ST. KAMINER

(In *Presse Médicale*, 10 août 1932, Résumé)

Abcès subaigu du poumon guéri par l'alcool.

Pleurésie enkystée évacuée par pleurotomie.

Guérison.

Le 10 avril 1931, un homme de 55 ans, cultivateur, entre dans le service, dans un état cachectique avancé,

La maladie dure depuis 2 mois, le malade a de la fièvre continuellement jusqu'à 39° et plus, avec frissons et sueurs profuses, œdème des pieds.

Le malade tousse et crache et se plaint d'une douleur du côté droit. L'expectoration s'élève à 400-500 cc. par jour. Les crachats ne se séparent pas en couches. Ils contiennent quelques fibres élastiques ; bactériologiquement on a constaté une flore pyogène abondante avec prédominance de streptocoques.

Le pouls est à 100-120 ; respiration 30-33 à la minute.

On constate au poumon droit de la matité au-dessous de l'angle de l'omoplate droite et de la ligne mamelonnaire transversale.

A l'endroit de la matité, on trouve l'absence de murmure vésiculaire et à l'inspiration on n'entend que des râles fins et moyens.

A l'entrecroisement de la ligne mamelonnaire transversale avec les lignes axillaires : antérieure et médiane, on entend un souffle amphorique, ainsi que des râles sonores gros et moyens.

Le leucocytose est à 12.300, dont 48 % de polynucléaires, 14 % de formes jeunes, pas d'éosinophiles.

L'examen radiologique a montré une ombre diffuse homogène au poumon droit, au milieu de cette ombre on voit à la hauteur de la troisième côte une caverne présentant un niveau liquide. Plus bas, on aperçoit une grosse quantité de liquide et une zone d'air.

On retire un demi-centimètre cube de pus par la ponction pleurale au niveau du dixième espace intercostal. A la ponction, au cinquième espace, on ne retire rien, mais dans le sixième espace on retire 3 cm³ de pus.

L'état du malade étant lamentable, on institue un traitement conservateur, médication toni-cardiaque et injection intra-veineuse d'alcool à 33 % : 25 cc. par jour.

La première injection provoque un choc avec frisson, les autres sont mieux supportées.

Après les quatre premières injections, l'état général s'améliore.

Les oscillations de la fièvre n'atteignent que 38,7, le

pouls se ralentit jusqu'à 92-96 avec une respiration au-dessous de 30 à la minute.

Le 18 avril, le malade reçoit, outre l'injection habituelle d'alcool, une injection musculaire de 2 cc. de sang humain frais, et les jours suivants il reçut alternativement une injection intra-veineuse d'alcool et une injection intramusculaire de sang, jusqu'au 29 avril. L'état du malade s'améliorait, la quantité des crachats diminuait de 400 à 150 cc. par jour, on ne trouve plus de fibres élastiques.

Les signes cavitaires sur la ligne axillaire disparaurent aussi ; mais la matité et les râles humides au-dessous de l'angle de l'omoplate et de la région mamelonnaire transversale persistaient toujours.

L'examen radiographique fait une semaine après la première injection a montré une forte diminution de l'image de la caverne du lobe moyen droit.

On continue les injections d'alcool et de sang.

L'amélioration continue.

La troisième radiographie (1^{er} mai) a montré que la caverne parenchymateuse a complètement disparu. Le niveau inférieur du liquide diminuait et il se trouvait nettement dans la plèvre, la quantité d'air au-dessus était minime.

Du 3 au 8 mai, le malade reçut alternativement des injections d'alcool et du sang interrompu pour deux jours à cause des douleurs sur le trajet des veines du pli du coude.

La quantité de l'expectoration a diminué jusqu'à 150-100.

L'état général est très bon.

La quatrième radiographie montrait l'obscurcissement plus grand de la partie inféro-externe du champ pulmonaire droit dépendant des adhérences pleurales. Le niveau du liquide se trouvait un peu plus haut, la zone d'air au-dessus était plus petite.

Donc, pendant six semaines, le malade a reçu en tout vingt-deux injections d'alcool à 33 %, 25 cc. et 15 injections intra-musculaires de sang (20 cc).

Une cinquième radiographie a montré l'obscurcissement léger et total du poumon droit, comparativement au pou-

mon gauche et la résorption d'air au-dessus du niveau inférieur du liquide. Une ponction au niveau du huitième espace intercostal : 120 cc. de pus épais, teinté de sang. Le malade a été transporté dans un service de chirurgie.

Après une pleurotomie avec résection d'une côte, le malade est sorti dans un état excellent avec une petite fistule pleurale.

OBSERVATION N° 5

M^{lle} ASTRA NANDRIS

(In *Romania Médicala*, 1^{er} Décembre 1932)

Abcès post-pneumonique.

Traitement par l'alcool.

Guérison.

Enfant de cinq ans, neuf jours après une pneumonie la température monte, une toux continue réapparaît en même temps qu'une insomnie s'installe. Le pouls est filiforme, l'amaigrissement est notable.

A l'examen des poumons, on constate une matité du lobe moyen du poumon droit avec des râles sous-crépittants à cet endroit. Par la ponction, on extrait du pus jaune verdâtre qui contient des polynucléaires, des pneumocoques et des streptocoques. La radiographie pratiquée le jour suivant montre l'image d'un abcès du lobe moyen du poumon droit.

Le troisième jour on fait une nouvelle ponction et on injecte du rivanol.

La température tombe, mais on ne constate aucune amélioration de l'état général ni de l'expectoration.

Le 27 mai, on commence un traitement par des injections d'alcool à 33 %, et on injecte progressivement 10 cc., 15 cc., 20 cc. par jour de cette solution.

L'état général s'améliore, l'expectoration diminue énormément.

mément de quantité, la température oscille autour de 37°.

Une radiographie pratiquée après un mois montre la sclérose du poumon droit, aucune trace de caverne pulmonaire.

L'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION N° 6

M^{lle} ASTRA NANDRIS.

(In *Romania Médicala*, 1^{er} Décembre 1932)

Abcès hilaire droit.

Traitement par l'alcool. Guérison.

Fillette de 7 ans, malade depuis cinq jours.

Elle présente, à son entrée à l'hôpital, une température de 39°, dyspnée à 100 par minute, cyanose et pouls rapide à 160 par minute. L'état général est très grave. A l'examen du poumon, on constate une submatité au lobe moyen du poumon droit avec des râles de bronchite. La radiographie pratiquée cinq jours plus tard montre l'image d'un abcès hilaire droit de la grandeur d'une mandarine. On commence immédiatement un traitement par les injections intra-veineuses d'alcool à 33 %.

L'état général s'améliore immédiatement, la dyspnée diminue, le pouls se ralentit, l'expectoration tombe progressivement. Au total, on fait quinze injections d'alcool. La fièvre disparaît complètement après la dernière injection. L'enfant ne tousse et n'expectore plus.

Il a repris 1 kg. 500.

Une radiographie pratiquée à la sortie montre la sclérose hilaire droite sans aucune trace d'abcès pulmonaire.

OBSERVATION N° 7

M. POL DE SEVRIX

(In *Notes pratiques d'Actualité Médicale*, Janvier 1933)

Abcès aigu chez un alcoolique de 50 ans.

Echec de l'émétine. Intervention refusée.

Alcool est fait comme un pis aller. Guérison.

Un alcoolique de 50 ans présentait un abcès pulmonaire aigu, résistant à l'émétine et à la thérapeutique classique. Le malade avait refusé toute intervention chirurgicale ou bronchoscopique et son état général s'aggravait très rapidement.

En désespoir de cause, on se décide de traiter le malade par des injections intra-veineuses d'alcool à 33 % d'après la méthode de LANDAU.

Après quatre injections, le sujet était transformé radicalement et la guérison survint sans séquelles en moins de quinze jours.

OBSERVATION N° 8

M. E. AZERAD et GILBERT-DREYFUS

(In l'Hôpital A, Mars 1933)

Abcès du poumon chez un homme de 51 ans.

Traitement par l'alcool commencé à la fin du deuxième mois.

Guérison avec restitutio ad integrum.

M. Fl..., 51 ans, doreur, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre dernier. Depuis deux mois environ, il tousse et crache et surtout maigrit : la perte de poids atteint déjà quinze kilogs. Il n'accuse que de vagues douleurs au

côté droit, une fébricule irrégulière entre 37°,5 et 38°, mais se plaint de sa toux fréquente et de son expectoration, qui, par moments, devient fétide. On est dès l'abord frappé par l'aspect amaigri, asthénisé du patient. La température est peu élevée. L'expectoration est assez abondante, d'aspect franchement purulent. L'examen n'y décèle que des polynucléaires altérés, des pyogènes nombreux, de rares spirilles assez épais, mais point de bacille de Koch.

Aux poumons, on découvre une zone submate dans la région paravertébrale droite à hauteur de D8-D10, c'est là d'ailleurs le seul point où l'on perçoit une modification du murmure vésiculaire sous forme d'un souffle expiratoire d'intensité moyenne.

Le diagnostic hésite entre abcès du poumon (en raison, surtout, de la fétidité de l'expectoration) et néoplasme ulcéré (en raison de l'évolution insidieuse, du siège paravertébral des signes stéthacoustiques et de la grande altération de l'état général.

La radiographie ne tranche pas, elle montre, accolée au hile droit, une masse obscure à limites externes arrondies mais floues, d'intensité inégale suivant les points, et grosse comme une orange.

Aucune image hydro-aérique n'est décelable. On décide alors de traiter le malade comme s'il s'agissait d'un abcès : hyposulfite de soude, injection de 6 puis 12 ctg. de sulfarsénol à trois jours d'intervalle. A la fin de la semaine, aucune amélioration ne se manifeste.

La température reste très irrégulière. Dans l'ensemble, la courbe se maintient autour de 38°, avec des clochers à 39°. L'amaigrissement (2 kgs) et l'anorexie persistent ; la fétidité de l'expectoration ne diminue pas. On décide alors d'entreprendre le traitement par l'alcool à raison de 20 cc. intra-veineux par jour. Prévoyant cependant un traitement de longue durée, dès le troisième jour on alterne voie veineuse et voie intra-musculaire, pour ne pas s'exposer au risque de sclérose des veines. Entre temps, une bronchoscopie pratiquée par le Docteur SOULAS confirme le diagnostic d'abcès. Les injections furent répétées pendant près de vingt-cinq jours assez régulièrement. Dès les

premiers jours, la fétidité disparut. L'expectoration diminua nettement, l'état général s'améliora grandement (reprise de 1 kg). La température se stabilisa au-dessous de 38°. Au vingt-cinquième jour, la guérison semble assurée, expectoration quasi-nulle, sans caractères ni odeur spéciaux, température à 37°, engraissement de 3 kgs.

Le malade quitte le service. Cette guérison peut être suivie sur les clichés radiographiques pris de semaine en semaine. La masse obscure d'abord se condense et se « tasse » autour du hile. Puis elle se rétrécit, se creuse de plages claires. Enfin, vers le vingt-et-unième jour, elle est réduite à une simple « accentuation des ombres hilaires ». Au départ du malade, une radioscopie de contrôle confirme la *restitution ad integrum*.

OBSERVATION N° 9

Professeurs J. TAPIE et J. BOULARAN

(In Thèse TOPOUROVA)

Abcès aigu putride. Guérison.

M. S..., instituteur, âgé de 43 ans, a toujours eu une parfaite santé. Vers le 10 décembre, il ressent quelques malaises : fatigabilité excessive, asthénie, gêne douloureuse thoracique qui, bientôt, se précise et prend le caractère d'un point de côté localisé à la partie inférieure de l'hémi-thorax gauche, température entre 37 et 38°.

Le 20 décembre : toux, expectoration apparaissent.

Expectoration muco-purulente d'emblée abondante, d'odeur fétide et parfois striée de sang. Etat général altéré. Température oscillante.

Le 8 janvier, vomique dramatique d'un demi-litre de pus fétide.

Dans les jours qui suivent, vomiques moins abondantes, mais aussi fétides.

Le 14 janvier, le malade est transporté dans une clinique de Toulouse pour examen radiographique. Ce jour, l'état général est sérieusement atteint : faciès plombé, dyspnée. Température 37°5 le matin, 39° le soir, pouls à 120. Expectoration : 200 à 400 gr. dans les vingt-quatre heures de pus gris verdâtre, très fétide. Recherche de B.K. négative.

A l'examen physique : signes discrets d'un pyo-pneumothorax au niveau de la presque totalité du poumon gauche. L'examen radiographique montre dans l'hémithorax gauche la présence d'une cavité hydroaérique à niveau liquide occupant en hauteur et en largeur les deux tiers du champ pulmonaire. Le diagnostic est évident : volumineux abcès putride du poumon gauche.

Son pronostic en apparaît des plus sombres étant donné ses dimensions, sa situation topographique, son caractère fétide et l'altération profonde de l'état général.

On pratique, le 16 janvier, la première injection intraveineuse d'alcool à 33 %. Injections quotidiennes de 20 à 50 cc.

Dès les premiers jours, les résultats du traitement s'avèrent surprenants, la fétidité de l'expectoration et de l'haleine s'atténue rapidement et disparaît après la cinquième injection.

Diminution rapide du volume de l'expectoration, défervescence en lysis de la température, réapparition du sommeil et reprise de l'appétit.

Le 3 février, la toux cesse et l'expectoration se tarit.

La température ne dépasse plus 37°. Radiographie : diminution considérable du volume de l'abcès (les deux tiers environ). Présence encore d'un petit niveau liquide. Injections poursuivies jusqu'au 10 février : il a été alors administré 215 gr. d'alcool absolu. A ce moment, aucun trouble fonctionnel. A l'examen physique : submatité avec affaiblissement du murmure vésiculaire et diminution des vibrations vocales à la base de l'hémi-thorax gauche.

Radiographie : disparition complète de la cavité, la zone parenchymateuse qu'elle occupait étant représentée

par une légère opacité irrégulière de la partie moyenne du poumon.

Le malade quitte la clinique le 18 février, cliniquement et radiologiquement guéri.

Cet état de choses se maintient depuis trois mois et il mène actuellement une existence normale.

OBSERVATION N° 10

(In Thèse TOPOUROVA)

Abcès aigu après une gastro-entérostomie.

Traitement par l'alcool. Guérison.

Tuberculisation secondaire.

M... T..., âgée de 25 ans, se met à tousser, à cracher et à faire de la température, sept jours après une gastro-entérostomie.

Elle rentre dans le service de M. le Professeur RATHERY.

On fait le diagnostic d'abcès du poumon droit et on institue tout de suite le traitement par l'alcool.

Une amélioration considérable des troubles pulmonaires et de l'état général se produit.

Au vingt-cinquième jour, la guérison a paru assurée, expectoration quasi-nulle, température 37°, reprise de 5 kg.

La radiographie confirme la guérison.

Cinquante jours la dernière injection d'alcool, la malade commence à faire de la température, à tousser et à cracher. L'examen bactériologique montre la présence de bacille de Koch.

Ainsi, la malade qui a guéri de son abcès pulmonaire se tuberculise.

On peut se demander si l'alcool n'a pas déclenché les lésions tuberculeuses. Cette hypothèse paraît peu probable, car les lésions sont apparues tardivement, cinquante jours après la dernière injection d'alcool.

Nous savons, d'autre part, ainsi que le dit KINDBERG, que la tuberculose pulmonaire se greffe souvent sur un terrain préparé par une suppuration pulmonaire.

OBSERVATION N° 11

(In thèse TOPOUROVA)

Suppuration pulmonaire après une œsophagoscopie ayant déterminé des hémoptysies.

Echec de l'alcool, de l'émétine.

Guérison après intervention chirurgicale.

Mme E. S..., entre le 10 juin 1933 dans le service pour une affection pulmonaire remontant à mars 1933. Aussitôt après une œsophagoscopie pratiquée pour l'examen d'un os avalé par la malade, elle ressent de vives douleurs rétro-sternales et vomit une assez grande quantité de sang rouge.

Dans la nuit, elle se plaint d'un point de côté en écharpe à la base droite.

Les jours suivants, la malade tousse et expectore du sang noirâtre. La température oscille entre 38°5 et 39°5.

Dix jours plus tard, elle rejette un liquide noirâtre. Elle continue à cracher un liquide devenu fétide et plus ou moins purulent.

Plusieurs examens pour la recherche des bacilles de Koch sont négatifs. Une amélioration de l'état général survient, mais vers le 15 mai nouvelle poussée. La malade rentre à l'hôpital. Elle est très fatiguée et a maigri de 15 kilogs.

Elle a des sueurs nocturnes, l'expectoration de moyenne abondance, purulente, verdâtre, fétide, plus ou moins striée de sang.

Le point de côté droit persiste en écharpe, plus net en arrière.

A l'examen on constate : à la palpation des vibrations normales. A la percussion, à droite et en avant, une légère diminution de la sonorité sous-claviculaire continuée dans l'aisselle. En arrière, la fosse sus-épineuse est mate, ainsi que la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très diminué dans la fosse sous-épineuse et l'expiration est soufflante.

En outre, dans toute cette région et surtout au sommet de l'aisselle, on trouve quelques râles.

On fait une injection intra-veineuse d'alcool à 25 % : 3 cc. Les jours suivants, on continue les injections à la dose de 10 cc. de la solution d'alcool à 20 %.

En somme, on a pratiqué chez cette malade neuf injections d'alcool sans obtenir de bons résultats. On interrompt le traitement par l'alcool parce que l'état de la malade est toujours grave, l'expectoration toujours abondante.

A ce moment, on commence à administrer alternativement l'émétine et le sérum anti-gangréneux.

La malade a guéri après intervention chirurgicale.

OBSERVATION N° 12

(In thèse TOPOUROVA)

Abcès du poumon droit.

Emétine sans action.

Alcoolothérapie. Guérison.

M. M..., âgé de 30 ans, se fait hospitaliser le 4 septembre 1933, parce qu'il a craché du sang.

Depuis quinze jours, ce malade crache et présente de la température, il est asthénique et dyspnéique. L'expectoration est muqueuse, verdâtre, extrêmement fétide. L'examen bactériologique montre l'absence de bacille de Koch.

Il s'agit d'abcès du poumon à la partie moyenne du poumon droit.

On fait une série de sept injections sous-cutanées quotidiennes d'émétine à la dose de 0,06 par jour, aucun résultat.

On commence un traitement par les injections intraveineuses d'alcool à 20 %. On fait une série de 11 injections à la dose de 10, 15, 20, 25 cc.

La température s'abaisse progressivement, l'expectoration diminue, la fétidité disparaît.

Au cours de cette amélioration, le malade fait deux hémoptysies. Mais dans les jours suivants, l'expectoration se tarit, le malade est apyrétique, l'état général est bon. La guérison a été confirmée par la radiographie.

OBSERVATION N° 13

VIRENQUE, in *Progrès Médical*, 7 octobre 1935

Abcès du poumon survenu après curettage pour fausse couche.

Traitement par l'alcool au tiers. Guérison.

Lydie D..., âgée de 35 ans, après une fausse couche de deux mois et demi, présente des métrorragies abondantes, des frissons, une température à 39°. Un curettage discret est effectué dans un service de chirurgie. Le deuxième jour, elle ressent une douleur brutale au côté gauche sous le sein, la fièvre monte à 40°, la malade est hospitalisée salle Sainte-Germaine.

A l'examen, on trouve une femme aux traits tirés, assise sur son lit, dyspnéique, les pommettes rosées, les lèvres sèches, les yeux brillants et profonds. Elle répond faiblement aux questions que nous lui posons. Elle ne tousse pas et crache peu (quelques crachats spumeux sans sang, ni pus). Sur toute la surface du poumon gauche, existe une grosse matité, accompagnée d'augmentation des vibrations vocales, d'un gros souffle à caractère inspiratoire et de nombreux râles crépitants. En avant, l'on perçoit égale-

ment des râles fins ; l'autre poumon est normal. La ponction exploratrice est négative.

L'état général reste grave pendant quelques jours, puis une amélioration semble se produire, la malade se sent moins fatiguée, moins dyspnéique. Néanmoins, il persiste au poumon gauche une grosse matité avec souffle. Une première radiographie montre deux opacités, l'une siégeant à la partie supérieure du poumon gauche, l'autre à sa partie inférieure, à la pointe du cœur, qui est d'ailleurs fortement déviée vers la droite. La ponction reste toujours sans liquide.

La température devient irrégulière, en clochers (39°5-39°). Une nouvelle radiographie permet de préciser la disparition de l'obscurité supérieure et, au contraire, l'accentuation de l'opacité inférieure, qui prend un aspect annulaire ; il semble que l'on aperçoit à son intérieur un niveau liquidien. Nouvelle ponction exploratrice négative. On refait une nouvelle radioscopie et, sous écran, l'on enfonce le trocart en arrière à 5 cm. de la colonne vertébrale dans le septième espace. On retire du pus, pus louable, stérile (culture négative) et, à sa place, on injecte du lipiodol. Cette injection transpariétale de lipiodol nous procure une superbe image, visible sous forme de nid de pigeon en position verticale, sous forme ovale en position horizontale (elle s'étendait du bord supérieur de la septième côte au bord supérieur de la neuvième), elle était plutôt rapprochée de la paroi postérieure comme le démontrait la radiographie de profil. En somme, il s'agissait d'un abcès du poumon.

Le 16 février 1933, cinq semaines environ après le début des accidents, nous commençons la thérapeutique par les injections d'alcool intra-veineux au tiers. Successivement, nous injectons tous les deux, trois jours 6, 9, 12, 15, 30, 45, 45, 45, 45 cc.

Dès le 25 février, la chute de température se manifestait, les oscillations devenaient de moindre amplitude. Le 4 mars, la malade était absolument apyrétique et s'est maintenue dans cet état jusqu'à ce jour.

L'état général s'est rapidement amélioré. Au point de

vue clinique, il ne reste qu'une légère submatité et une diminution du murmure vésiculaire.

OBSERVATION N° 14

J.-C. GALAN et R.-A. POLETTI

La Prensa Medica Argentina, N° 50, 13 Décembre 1933

Abcès aigu du poumon.

Traitement par l'alcool. Guérison.

Malade de 32 ans, qui, à la suite d'un accident ayant contusionné l'épaule, présente une toux pénible ; des hémoptysies, une expectoration purulente.

Etat sub-fébrile. Exagération des vibrations avec bronchophonie, pectoriloquie aphone dans le lobe supérieur droit.

Pneumocoques dans les crachats. Polynucléose. La radiographie montre une ombre suspendue à la partie supérieure de l'hémithorax droit.

L'état général s'aggravant, on entreprend des injections intra-veineuses d'alcool, successivement de 10, 20, 30, 40, 50 cc.

La fièvre s'abaisse, l'ombre radiologique s'éclaircit.

Cette méthode a évité à la malade la cure chirurgicale.

OBSERVATION N° 15

PAUL-RENÉ ARCHAMBAULT

Union Médicale du Canada, Janvier 1934

Abcès aigu du poumon.

M. L., T., 33 ans, chauffeur d'auto, se présente à notre

consultation externe des affections pulmonaires. Depuis plus d'un mois, le malade se plaint d'une expectoration nauséabonde, surtout le soir, avec quintes de toux fréquentes. La fétidité de l'haleine est telle que tout le monde le fuit ; le malade maigrit rapidement malgré son appétit conservé. Poussées de fièvre fréquentes et transpiration profuse la nuit. Les doigts sont en baguettes de tambour. A gauche, le tiers moyen du poumon est mat et on y entend de petits craquements. Les examens radiologiques nous montrent une image hydroaérique du poumon gauche au tiers moyen avec niveau de liquide. On fait hospitaliser le malade et, huit jours après son entrée, on commence les injections quotidiennes d'alcool à 33 %. Rapidement, la température baisse, l'état général s'améliore, et, surtout, l'expectoration fétide disparaît.

Notre malade est sorti depuis quinze mois, il se présente régulièrement à notre consultation externe des affections pulmonaires et il jouit d'une parfaite santé. Il travaille très fort et personne ne le fuit à cause de l'odeur nauséabonde qu'il exhalait autrefois. Radiographie et radioscopie montre une image normale. Il a été hospitalisé quarante jours. Il a reçu 22 injections d'alcool à 33 %, à la dose de 25 cc³ à la fois.

OBSERVATION N° 16

PAUL-RENÉ ARCHAMBAULT

Union Médicale du Canada, Janvier 1934

Abcès aigu de la base droite.

J. L..., 50 ans. C'est un malade qui se présente pour céphalée presque continuelle depuis un coup de soleil reçu il y a six mois. Il ajoute que, depuis six mois, il tousse et expectore beaucoup des crachats à odeur fétide. L'examen pulmonaire nous donne matité de la moitié postéro-inférieure droite avec petits craquements intermittents et

murmure vésiculaire diminué. Ces signes se modifient beaucoup par la suite, mais les radiographies prises en série nous donnent d'abord une obscurité floue de la base droite, puis plus tard on voit une image hydroaérique de la base droite (vers la neuvième côte) avec réaction en pourtour. Au début, on lui donne de l'émétine et toutes les médications usuelles. Le malade va de plus en plus mal, même il fait des hémoptysies graves. Koch en série est négatif, mais il y a présence de pneumocoques et de staphylocoques. Or, le trente-huitième jour, on injecte de l'alcool durant vingt-quatre jours consécutifs à 33 %. On s'arrête durant douze jours et on lui en introduit durant six autres jours après ce repos. Le malade va mieux. Nous étions à la veille de lui donner son congé, lorsqu'il commence à faire deux hémoptysies (150 cc., 250 cc.) Quarante-huit jours après ces hémoptysies, le malade part guéri. Les examens radiologiques confirment la clinique. Il ne tousse plus ni ne crache ; l'expectoration et l'halèine fétide sont disparues depuis plusieurs jours. Devant les échecs des autres médications, cette thérapeutique a été la cause d'une véritable résurrection.

Sorti de l'hôpital au bout de six mois, nous revoyons notre malade en bonne santé un an après. Il a reçu trente injections intraveineuses d'alcool à 33 %.

OBSERVATION N° 17

PAUL-RENÉ ARCHAMBAULT

(In *Union Médicale du Canada*, Janvier 1934)

Abcès aigu de la partie moyenne du poumon droit.

C. B..., 49 ans. Depuis l'extraction de huit dents, il y a un mois, le malade tousse et expectore des crachats qui goûtent mauvais. Il perd l'appétit à tel point qu'il a maigri de 15 livres depuis un mois. La radiographie nous montre

une petite image hydroaérique de la partie moyenne droite. On lui fait sept injections d'alcool.

Quinze jours après son entrée, le rapport de la radiographie se lit comme suit : disparition complète de l'image hydroaérique. Il va sans dire que les signes cliniques, la toux, l'expectoration fétide, l'inappétence, la faiblesse sont aussi disparus.

Notre malade se porte à merveille après onze mois de congé.

Avant son traitement ; à cause de son état pulmonaire, il était porté à la neurasthénie. Aujourd'hui, il se sent un homme nouveau. Hospitalisé durant dix-huit jours, il a reçu sept injections d'alcool à 33 %.

OBSERVATION N° 18

PAUL-RENÉ ARCHAMBAULT

(*Union Médicale du Canada*, Janvier 1934)

Abcès de la base droite.

H. C..., 40 ans. Deux mois avant sa réadmission, notre malade est opérée pour ulcus gastrique. Douze jours après sa première réadmission, il part guéri. Mais, vingt jours plus tard, il ressent une douleur autour de la région cicatricielle il consulte le chirurgien qui l'a opéré ; celui-ci ouvre un abcès qui venait compliquer l'intervention pour gastrectomie partielle. Une semaine après l'ouverture de cet abcès, le malade ressent une douleur vive, subite à l'hémithorax droit. Le patient tousse et crache abondamment. Les crachats présentent une odeur fétide. Nous trouvons aux poumons une matité franche de la base droite, une abolition des vibrations, un souffle plutôt expiratoire.

La radiographie nous indique que le tiers inférieur du poumon droit est obscurci par une ombre homogène à limi-

te supérieure horizontale : niveau liquide. En face de cet état, nous tentons le traitement à l'alcool. Le malade part guéri.

Depuis trois mois, nous le suivons et la guérison se maintient. Hospitalisé quarante-cinq jours, il a reçu en tout quatorze injections quotidiennes d'alcool, dont les quatre premières à 25 % et les dix autres à 20 %. La dose de chaque injection était de 20 cc. Nous avons eu les mêmes résultats avec la même rapidité.

OBSERVATION N° 19

(In Thèse GURFINKIEL, Toulouse, 1933-1934)

(Résumé)

Pneumonie gangréneuse ataxo-adyynamique très grave avec expectoration putride abondante. Traitement par l'alcool le vingt-troisième jour ; vomique sanglante suivie d'amélioration immédiate, nettoyage radiologique complet ; guérison définitive.

N... C..., 28 ans, mécanicien, entre à l'hôpital le 25 octobre 1932.

Le début de l'affection remonte au 7 octobre 1932, et a été marqué par une pneumopathie aiguë avec fièvre, crachats rouillés. Au bout de quelques jours, la température se met à osciller. De plus, le malade tousse et crache beaucoup. Les crachats sont devenus franchement purulents et très fétides. Etat général satisfaisant. Température entre 37° et 38°5, pouls bien frappé.

A l'examen du malade, on trouve : à droite et en arrière, submatité du sommet, vibrations augmentées, respiration soufflante, retentissement de la voix, quelques ronchus disséminés. A gauche et en arrière, submatité aux deux-tiers supérieurs et matité franche à la base du thorax, diminution des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire très accusée à la base, quelques râles

fins, respiration très soufflante dans le reste du poumon et de gros ronchus.

Les autres appareils sont normaux.

Pas de B.K. dans les crachats.

La radioscopie montre : rétraction de l'hémithorax gauche, diminution de l'amplitude respiratoire, image voilée de la région cardio-diaphragmatique, le sinus costo-diaphragmatique gauche est bloqué.

Traitement : dès l'entrée, injections d'eucalyptine. La fièvre oscille entre 37°5 et 40°. L'état général s'aggrave.

Puis, successivement, injections de Noelydos, instillations nasales de Probios, vaccin IOD.

Radiographie à ce moment : opacité homogène de la moitié inférieure du poumon gauche.

Le 14 novembre, on commence les injections intra-veineuses d'alcool à 33 % tous les deux jours, d'abord 20 cc., puis 50 cc.

Dans la nuit du 18 : hémoptysie abondante : 355 cc. de sang mélangé à du pus putride. Le lendemain état grave, pouls petit, filant, dépressible, température à 35°6.

On fait 0,30 de novar et alcool intraveineux. Le soir, 100 cc. de sérum antigangréneux polyvalent. Les jours suivants, l'alcool intra-veineux est le seul traitement. Rapidement, l'état général du malade s'améliore, les crachats ont perdu leur odeur et ont baissé comme quantité à partir du 22 novembre, pour disparaître complètement vers le 30 novembre.

Le 8 décembre, on arrête le traitement (quantité d'alcool injecté : 185 cc. d'alcool absolu), le malade est complètement transformé, avec un bon appétit, a engraisé de 3 kilos par semaine durant la fin du traitement.

Au départ, le 14 décembre : disparition des signes physiques.

La radiographie montre un nettoyage complet de la base gauche.

Le malade revu dernièrement se porte admirablement bien, travaille.

OBSERVATION N° 20

(In thèse GURFINKIEL, Toulouse, 1933-1934)

*Abcès du poumon typique avec image hydro-aérienne.
Guérison clinique complète, nettoyage radiologique presque complet.*

F. R..., manœuvre, entre à l'hôpital, salle Saint-Vincent, le 16 décembre 1933, pour toux, expectoration abondante et fétide, et fièvre.

L'affection semble remonter au 26 septembre de la même année, à la suite d'un trauma thoracique accompagné de luxation de l'épaule gauche et de lésions pulmonaires qui auraient attiré l'attention immédiatement par une hémoptysie ou des crachats hémoptoïques. Depuis, semble-t-il, le malade a commencé à tousser et cracher plus que d'habitude avec persistance d'une douleur thoracique au niveau du mamelon droit et au-dessus, en même temps que l'expectoration augmenta progressivement. C'est au milieu du mois de novembre que le malade est devenu franchement fébrile. Son état général s'est modifié fortement ; perte considérable du poids, asthénie très marquée, appétit devenu presque nul. Cet état s'accompagna d'épisodes délirants et d'hallucinations dûs probablement à une forte imprégnation étylique. Le 15 décembre, le malade dans un état délirant avec fièvre à 40°, expectore une quantité considérable de crachats malodorants (vomique ?) et c'est alors qu'on se décide à le faire entrer à l'hôpital. A son entrée, le 16 : état général grave. L'examen pulmonaire révèle à droite, submatité de la moitié supérieure du poumon droit, abolition des vibrations. Ronchus et sibilances dans toute l'étendue du poumon. Présence d'un souffle à type cavitairé avec des râles sous-crépitaux, légère bronchophonie et pectoriloque aphone.

A gauche, signes d'emphysème et de bronchite. Crachats fétides dont la quantité varie entre 130 et 160 cc. par vingt-quatre heures. Absence de bacilles de Koch. Présence de staphy, pneumo, streptocoque et de Friedlander,

Rien aux autres appareils, si ce n'est un foie un peu gros et sensible, et de l'albumine dans les urines.

A la radiographie, image hydro-aérique typique à la partie moyenne du poumon droit. Le 18 décembre, le malade reçoit la première injection d'alcool : 20 cc., et, quarante-huit heures après : 40 cc. On continue les injections tous les deux jours à raison de 55 cc. par injection. Le 9 janvier 1934, après la douzième injection, le malade fait une légère hémoptysie (220 cc. pus mélangé de sang) sans retentissement sur l'état général. On suspend alors l'alcool. Les jours suivants, la quantité de crachats est de 220 à 250 cc. par vingt-quatre heures. Le 16, une forte hémoptysie (700 à 800 cc. de sang pur), deux jours plus tard, l'examen montre une diminution notable des signes stéthoscopiques. A partir du 17, les crachats diminuent : 100 à 125 cc. par vingt-quatre heures. Le 21, on reprend l'alcool en le continuant comme d'ordinaire pour arrêter complètement le traitement le 14 février. Le malade a reçu au total 25 injections, soit un litre 215 de la solution à injecter ou 405 cc. d'alcool à 95°.

A ce moment, le malade est complètement transformé ; disparition de la douleur thoracique, abolition totale de l'expectoration, les signes stéthoscopiques ont disparu également. La dernière radiographie du 28 février montre la disparition complète de l'ombre hydro-aérique. Il ne reste qu'une légère ombre para-hilaire.

Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} mars. Nous l'avons revu depuis plusieurs fois, il va aussi bien que possible, sans aucun trouble soit général, soit local.

La dernière radiographie du 20 avril montre un nettoyage radiographique presque complet.

OBSERVATION N° 21

MM. MANCEAUX, FANGEAU, BOUKELOUA

(In *Algérie Médicale*, Avril 1934)

(Résumé)

Abcès du poumon. Injections d'alcool. Guérison, séquelles douloureuses.

M. R..., âgé de 47 ans, gazé pendant la guerre, fait dans les tout premiers jours de mars 1933, un épisode pulmonaire aigu, avec point de côté, fièvre élevée, crachats rouillés, délire. Il entre à l'hôpital militaire et, six jours après, l'apyrexie était complète, la toux avait cessé, l'expectoration était tarie. Il sort de l'hôpital, mais l'état général reste assez mauvais. Il recommence à tousser et, vingt jours plus tard (le 20 mars), il est pris brusquement d'un point de côté droit violent, bas situé, il fait une vomique abondante de pus verdâtre. Dans les jours qui suivent, tous les matins, le malade vide son poumon en se couchant sur le côté gauche ; dans cette position, durant une demi-heure à trois-quarts d'heure, il rejette une énorme quantité de pus, qu'il évalue à trois quarts de litre en moyenne.

Depuis quatre à cinq jours, les vomiques se font spontanément, sont beaucoup moins abondantes, mais se renouvellent plusieurs fois au cours de la journée, aboutissant au rejet de 300 cc. en moyenne. Le 3 avril, il entre à l'hôpital avec le diagnostic d'abcès pulmonaire de la base droite. Il est très amaigri, son teint est terreux, il tousse et crache abondamment. L'auscultation fait soupçonner et l'examen radiologique montre une grosse cavité intra-pulmonaire, avec ligne de niveau, siégeant à la base droite, près de la corticalité.

Nous voyons le malade pour la première fois le 12 avril, la température est à 39°5, l'expectoration purulente, non fétide, de 350 cc., le poids de 64 kilogs. Nous instituons un traitement émétinien qui ne donne aucun résultat, la situation est même assez critique et nous envisageons un traitement chirurgical. Cependant, dans le but de tonifier

ce malade et de le préparer à l'acte chirurgical, le 25 avril nous commençons une série d'injections d'alcool (première injection de 8 cc. d'une solution à 20 %). Les injections sont renouvelées aux doses de 8 cc., puis de 10 cc. le 25, le 26, le 27 et le 28 avril. Ces injections sont très bien supportées. Le malade accuse cependant durant l'injection même, une sensation vive de chaleur rétrosternale et un picotement au niveau de la peau dans toutes les régions du corps, mais aussi une douleur assez vive le long de la veine jusqu'à l'épaule. Dans les heures qui suivent la première injection, il est gai, nettement euphorique. Dès le lendemain, il y a dans l'état général un véritable changement à vue. Le malade exprime lui-même sa surprise et sa satisfaction. Il réclame la poursuite du traitement et refuse l'intervention. De fait, à la troisième injection, le résultat est étonnant. Ce n'est plus le malade grave, au teint terreux étendu sur le lit, répondant avec peine, il est gai, volubile, heureux et réclame une alimentation qu'il fallait jusque-là lui imposer. La température reste entre 37° et 38°, l'expectoration est moins abondante (150) le poids est stationnaire, les signes cliniques moins importants, l'image radiologique, semble-t-il, de dimensions moindres. Le 6 mai, la température s'assagit (37° à 37°5), l'expectoration diminue (100 cc. en moyenne), l'état général reprend ; un peu plus tard, la température voisine la normale, l'expectoration est infime, l'état général remarquable. Depuis le 21 mai, le malade ne crache plus, la température est normale et le poids a suivi une courbe ascendante (le malade a repris 8 kilogs en un mois). Le malade sort le 26 mai : température à 37°, il ne crache plus du tout, et la radiographie ne montre plus que des lésions peu importantes. Il ne semble plus y avoir trace de cavité. Le malade a été revu dix mois plus tard, son état est splendide, il n'a jamais plus toussé ni craché, le balayage radiologique est absolu. Les douleurs très pénibles le long des veines n'ont cessé qu'il y a quelque temps. Elles ont duré plus de six mois avec grande intensité sous la forme de crises paroxystiques surtout nocturnes, survenant sur un fond douloureux.

OBSERVATION N° 22

R. SIMON et E. MAGROU

(In *Presse Médicale*, 5 octobre 1935)

M..., soldat, 21 ans, entre à l'hôpital le 23 juillet 1934 avec des signes de bronchite bilatérale prédominant à droite. A son arrivée dans le service : 38°8, toux grasse, expectoration mucopurulente minime avec signes de condensation supérieure droite.

Les autres appareils sont normaux, les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch, ni de spirilles ; une inoculation au cobaye sera, du reste, négative ; Besredka négatif, Vernes-Resorcine 3.

La température est rapidement revenue à la normale, et le 28 juillet, un examen radiologique donne les résultats suivants :

A droite, dans les deux tiers externes de la moitié du champ pulmonaire, opacité homogène à limites granuleuses, presque « en mie de pain » ; cet aspect se continue dans la région inféro-interne du champ pulmonaire.

Dans la partie moyenne de cette opacité, on note une image annulaire hydro-aérique de la grosseur d'une noix, à niveau liquidien net. L'extrême base est claire, le diaphragme normal, le sinus libre. On est donc en présence d'un abcès du poumon. L'état général s'améliore peu à peu, l'expectoration est nulle ; les signes stéthoscopiques sont inchangés. Examen du sang : 4.092.000 hématies, 9.250 globules blancs, formule leucocytaire sensiblement normale. Hémoglobine : 85 %. On commence, le 8 août, le traitement par l'alcool par injections intra-veineuses de 10 cm. de solution à 20 % pro die.

Le 23 août, une radio comparative montre que : l'opacité précédemment décrite a complètement disparu. L'image cavaire persiste, mais de dimensions moindres et on ne voit plus de niveau liquidien. Quelques granulations autour de cette image cavaire, ainsi que dans les arborisations hilaires ; exagération légère de la trame bronchique. On fait alors deux injections par jour de solution à 20 %, puis à 33 %. Un mois après, il ne reste plus à

l'examen qu'une légère rudesse respiratoire. A la radio, l'image cavitaire se trouve très estompée, et uniquement décelable par une petite zone de condensation sous-claviculaire ; le hile est toujours accentué avec fortes arborisations vers la base.

Le malade sort de l'hôpital le 18 octobre, dans un excellent état général, gain de poids de 11 kg. 200, après avoir reçu, à l'exclusion de tout autre traitement, en l'espace de deux mois, 490 cmc. de solution alcoolique à 20 %, puis 500 cmc. de solution à 33 %.

OBSERVATION N° 23

R. SIMON et E. MAGROU

(In *Presse Médicale*, 5 octobre 1935)

Le B..., 42 ans, est envoyé le 30 septembre 1934, à l'hôpital pour hémoptysies, amaigrissement de 3 kilogs en six mois et sueurs nocturnes.

A son entrée dans le service, on note une toux fréquente avec expectoration muco-purulente abondante, non fétide, et des signes de condensation à droite. Les autres appareils sont normaux.

Une radio montre à gauche : des arborisations accusées, séquelles probables d'une congestion pulmonaire datant de quatre ans ; à droite, le tiers moyen est fortement opaque, les limites supérieure et inférieure de cette opacité sont irrégulièrement cotonneuses et floues, avec quelques arborisations dans le tiers inférieur.

Les crachats contiennent une flore micrabienne variée et abondante, surtout du pneumocoque, quelques streptocoques, de rares bacilles fusiformes et spirilles ; il n'y a pas d'anaérobies ni de bacilles de Koch apparents, une inoculation au cobaye, pratiquée à ce moment, se montre négative sous ce rapport.

Le 8 octobre, l'expectoration qui était très abondante

(100 à 150 cmc. par vingt-quatre heures), parfois hémoptoïque, diminue assez brusquement, en même temps élévation thermique autour de 38°.

Devant ces signes de suppuration pulmonaire droite avec rétention, on commence le 12 octobre les injections intra-veineuses de la solution à 20 %, à raison de 10 cc. par jour, d'abord, en augmentant progressivement jusqu'à 40 cc.

Le 15 octobre, on voit à la radio, dans l'opacité déjà décrite, une image annulaire plus claire, de la dimension d'une pièce de deux francs, au niveau liquidien horizontal, quelques granulations dans le tiers inférieur.

L'expectoration a réapparu, mais moins abondante, la température est tombée.

Le 30 octobre, la radio montre que l'opacité triangulaire est toujours accusée, mais de dimensions beaucoup plus réduites. Elle n'occupe plus que les deux tiers externes du tiers moyen de l'aire pulmonaire, laissant en dedans une bande parahilaire claire. L'image cavitaire est, elle-même, à peine visible et ne se manifeste que par une traînée claire.

Dans le but d'accélérer la résorption du foyer purulent, déjà très amélioré, on adjoint au traitement une série de douze injections de 0,04 d'émétine.

Le 21 novembre, expectoration presque tarie, signes physiques minimes ; opacité radiologique encore moins étendue et surtout moins opaque, seule la partie externe reste encore très dense, il n'y a plus de trace de cavité.

Le malade quitte l'hôpital le 21 décembre. L'expectoration est à peu près nulle, apyrexie complète persistant depuis deux mois, gain de poids de 7 kg. 900.

Après deux mois de repos, cet homme reprenait son service.

Nous l'avons fait revenir par la suite, le 29 mai 1935, état général excellent, ni toux, ni expectoration, pas de fièvre, ni d'amaigrissement. A la radio, l'image de condensation droite a disparu et a fait place à un feutrage de lignes densifiées de nature probablement fibreuse, qui vont

horizontalement du hile à une bande opaque de pachypleurite axillaire.

Du hile droit rayonnent de nombreuses traînées de fibrose péribroncho-vasculaire probable, qui se superposent par places en de nombreuses taches étoilées.

La guérison est donc aussi complète que possible. Le malade a reçu en tout 860 cc. de la solution alcoolique à 20 %.

OBSERVATION N° 24

R. SIMON et E. MAGROU

(In *Presse Médicale*, 5 Octobre 1935)

L..., 19 ans, entre à l'hôpital le 13 février 1935, pour grippe.

Après quelques jours de fièvre, apyrexie, examen radioscopique normal.

Le 1^{er} mars se déclare brusquement un point de côté violent sous mamelonnaire, avec dyspnée intense, température à 40°5.

Expectoration peu abondante, muco-purulente; le tableau clinique est celui d'une lobite supérieure gauche. Dans les crachats, rares cellules, quelques polynucléaires et de nombreux germes, en particulier du streptocoque identifié par le laboratoire.

Le 6 mars, état général très amélioré, le point de côté a presque disparu, la température oscille toujours cependant autour de 39°.

Deux jours après, nouveau point de côté à gauche diffus, avec dyspnée intense, pouls 120-140, expectoration purulente; les signes de lobite sont brusquement très accentués. L'état général est mauvais.

Une radioscopie pratiquée peu après montre une opacité complète du champ pulmonaire gauche, image de lobite supérieure gauche ou d'épanchement pleural enkysté.

Une ponction exploratrice, sur la ligne axillaire antérieure ramène du pus, contenant exclusivement du streptocoque.

Un traitement sérothérapique est immédiatement institué. Peu à peu, les signes généraux s'amendent. Les signes pulmonaires s'atténuent et se localisent sous le tiers interne de la clavicule et dans l'aisselle.

Un examen radiologique montre à ce moment (3 avril) que l'opacité primitivement décrite est réduite à une ombre très opaque de forme ovalaire, qui occupe en largeur un peu plus de la moitié du champ pulmonaire gauche, elle se limite en dehors par le gril costal ; sa limite interne, assez nette, est parallèle à la ligne axillaire ; le pôle inférieur, arrondi, correspond à la quatrième côte ; la limite supérieure sous-claviculaire horizontale présente un aspect liquidien de flot très net, surmonté d'une clarté aérique rétro-claviculaire de forme triangulaire.

Le long du bord gauche de l'ombre cardio-vasculaire, il existe, d'autre part, une image limitée en dehors par une ligne condensée, dans la partie déclive de cette image d'aspect aérique, il existe un niveau liquidien horizontal.

On institue, le 6 avril, le traitement par l'alcool. On injecte dans les veines de la solution d'alcool à 33 %., 10 cc. les deux premiers jours ; 20 cc., en deux fois, les jours suivants.

Examen du sang : 3.379.000 globules rouges, 16.312 globules blancs.

Treize jours après le début du traitement, la radio montre une opacité ovalaire axillaire moins haute et moins large, encore coiffée par un triangle aérique. L'image ovalaire hilaire n'est presque plus visible.

Les injections d'alcool étant assez difficiles à faire, étant donné les veines du malade qui sont très fines, et à peine perceptibles, on fait une ponction évacuatrice dans le troisième espace, dans l'aisselle, qui ramène 100 cc. de pus jaunâtre contenant très peu de germes, surtout des chaînettes de streptos. Pas d'anaérobies.

Le 11 mai, état général satisfaisant, température 36°8-37°, expectoration minime, signes physiques très atténués.

Examen radioscopique. Disparition de l'opacité gauche, il ne persiste en cet endroit qu'un fuseau clair limité en dedans par une ligne condensée.

Le traitement par l'alcool est supprimé, le malade a reçu 840 cc. de solution. Etat général très bon, gain de poids 4,500 ; 3.950.000 G.R., 8,750 G.B.. Le malade part en convalescence le 26 mai 1935.

Nous avons revu cet homme un mois plus tard ; il a engraisé encore de près de 3 kilogs, son état général est excellent, ni toux, ni expectoration, l'auscultation est négative.

A la radio, il n'y a plus aucun signe de cavité, ni de condensation périphérique. Il n'y a plus de trace de l'abcès médiastinal.

La guérison paraît être totale.

OBSERVATION N° 25

R. SIMON et E. MAGROU

(In *Presse Médicale*, 5 Octobre 1935)

Le P..., 21 ans, entre à l'hôpital pour bronchite grippale le 20 février 1935. Il était déjà venu dans le service, un mois auparavant, pour rhumatisme articulaire aigu, avec bronchite, et à ce moment, une radio avait montré des champs pulmonaires normaux.

Après un clocher thermique, la température retombe rapidement au-dessous de 37°, l'état général s'améliore, lorsque, le 24 février, le malade est pris de frissons, température à 40°, sans point de côté, on note uniquement de la submatité à la base droite et de la diminution du murmure vésiculaire. Pendant dix jours, pas d'amélioration, toux fréquente, expectoration peu abondante, mucopurulente, non hémoptoïque. Absence de bacille de Koch dans les selles et dans les crachats. A l'examen pulmonaire apparaissent d'assez nombreux râles sous-crépitaux avec

frottements pleuraux sous le mamelon droit et dans l'aiselle.

Le 12 mars, examen radiologique ; à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du poumon droit, il existe une image cavitaire de la grosseur d'une prune, avec aspect liquidien net à niveau horizontal dans sa partie déclive. Cette image cavitaire (abcès pulmonaire probable) est bordée par une coque condensée, à limites périphériques dégradées et sillonnée par quelques tractus broncho-vasculaires qui vont festonner la coupole diaphragmatique.

Devant ce diagnostic radiologique d'abcès du poumon, on recommande au malade de se mettre plusieurs fois par jour dans le décubitus latéral gauche, tête basse.

L'expectoration se révèle alors d'une extrême abondance (un crachoir et demi en une heure la première fois).

Crachats purulents non fétides, contenant de nombreux germes avec forte prédominance de streptocoques.

Le 14 mars, on institue le traitement à l'alcool, à raison de 20 cc. par jour de solution à 33 %.

La fièvre tombe en lysis, l'appétit reprend, l'expectoration diminue.

Le 27 mars, crise de rhumatisme articulaire aigu, malgré laquelle le traitement alcoolique est continué.

Une nouvelle radio montre une image cavitaire réduite comparativement au précédent examen, de la grosseur d'une amande, bordée par une coque nette, pas de niveau liquidien visible.

Le 14 avril, nouvelle poussée rhumatismale sévère, immobilisant le malade sur le dos, on supprime alors les injections d'alcool à 33 % que l'on remplace par le sérum polysalicylé intra-veineux.

Le 26, le malade, très amélioré, peut se recoucher sans trop de douleur sur le côté gauche, et expectore un demi-crachoir.

Le 3 mai, à la radio, on voit que l'image cavitaire antérieurement décrite se réduit à une petite image claire, finement et nettement bordée, de 5 à 10 mm. de diamètre.

Fin mai, état général parfait, cet homme a dépassé

son poids habituel ; il a reçu en tout 570 cc. de solution alcoolique à 33 %.

Le 15 juin, une dernière radio montre qu'il existe encore une toute petite tache ovalaire, irrégulièrement et finement bordée, qui semble comblée par des productions de nature fibreuse probable.

Cette image est reliée au hile par une traînée bronchique élargie.

L'examen clinique est négatif.

OBSERVATION N° 26

Recueillie dans le service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Abcès aigu de la partie moyenne du poulmon gauche. Alcoolothérapie. Très grosse amélioration clinique et radiologique.

S. Cr..., âgé de 32 ans, de nationalité italienne, entre salle Laveran pour toux et expectoration le 17 avril 1934.

Le début remonte à environ vingt jours, il a été marqué par une recrudescence importante de signes fonctionnels que le malade ressent depuis l'enfance. En effet, le malade se sait être un tousseur habituel, cette toux s'accompagne par moments d'expectoration purulente. Mais il y a vingt jours, ces signes ont pris une telle intensité que le malade s'est fait hospitaliser. D'ailleurs, il a de la fièvre, son état général a été touché, il a maigri et perdu l'appétit.

A part cette affection pulmonaire, le sujet n'a jamais fait d'autre maladie. Il est marié, sa femme n'a pas eu d'enfant, jamais fait de fausse-couche.

Actuellement, le sujet est amaigri. A la pression du muscle trapèze on obtient un myoœdème léger. Ses doigts sont en baguette de tambour, ses ongles en verre de montre.

L'examen de l'appareil pulmonaire révèle en arrière une submatité du sommet gauche avec respiration soufflante et des râles sous crépitants. Tous ces signes se retrouvent à la partie moyenne. A la base gauche et sur la plage droite : rien. En avant, matité franche du sommet gauche avec, peut-être, le signe du pot félé. On entend un souffle caverneux.

Pas de râles. Ailleurs rien.

Une radiographie montre une plage d'ombre étendue occupant presque tout le poumon gauche, sauf le sommet et l'extrême base, ombre non homogène creusée à la partie moyenne d'une cavernule. Poumon droit normal.

Au cœur, les battements sont normaux, la tension artérielle est abaissée : **Maxima : 10, Minima : 4.**

Les autres organes sont normaux.

Le 19 avril, l'examen donne les signes suivants :

Poumon gauche : en arrière, souffle tubaire intense, étendu à toute la partie moyenne du poumon gauche.

Tout autour : râles sous crépitants gros et moyens.

En avant : matité du sommet avec souffle, à la base gros râles.

Poumon droit : quelques sibilants disséminés.

Le 1^{er} mai, on commence le traitement par l'alcool intra-veineux en solution à 33 %. Radiographie : plage pulmonaire gauche occupée par une ombre dense au sein de laquelle se détache une image claire arrondie, du volume d'une noix et avec une ligne de niveau liquide.

Amélioration rapide des signes fonctionnels et généraux, chute de la température à la normale.

Du jour au lendemain, l'expectoration muco-purulente qui variait jusque là de 250 cc. à 300 cc., tombe à 100 cc. et ne cessera de diminuer.

17 mai, les signes fonctionnels continuent à s'améliorer. Par contre, les signes physiques sont encore marqués : souffle tubaire étendu, moins de râles. Les signes radiologiques persistent sans changement.

Le 20 juin, le malade sur sa demande quitte le service, en excellent état de santé. L'expectoration reste de 15 à

20 cc. par jour, uniquement muqueuse. Le malade a engraisé de 3 kilogs (46.500 à l'entrée, 49.500 à la sortie). L'auscultation du poumon gauche est absolument normale.

Radiographie : nettoyage radiologique presque complet.

OBSERVATION N° 27

Recueillie dans le service de notre Maître
M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

*Abcès aigu du poumon gauche d'allure grave.
Alcoolothérapie qui n'amène pas d'amélioration.
Abcès sous-phrénique. Intervention chirurgicale.
Mort dans les cinq jours qui suivent.*

E. SM..., âgé de 52 ans, entre salle Laveran pour toux, expectoration abondante et fétide et fièvre.

Le début de l'affection remonte au 12 novembre, marqué par des frissonnements, du malaise général, des courbatures et de la fièvre. Trois jours plus tard, la toux apparaît. Par deux fois, le malade rejette des crachats hémoptoïques. En même temps : douleurs thoraciques diffuses, mais plus marquées au niveau du mamelon droit et en arrière. Dans les jours qui suivent s'installe une expectoration abondante et fétide. L'état général décline, la température est à 40°, le pouls à 120.

Un médecin appelé fait le diagnostic de congestion pulmonaire droite. Mais, au bout de quinze jours, le malade crachant, toussant toujours beaucoup, févreux (39°-40°) se fait hospitaliser.

A l'examen : sujet asthénisé, sans aucune force. Notre interrogatoire le fatigue.

Anorexie complète.

Conjonctives subictériques.

Expectoration abondante variant entre 140 cc, et 160 cc. par vingt-quatre heures,

L'examen de l'appareil pulmonaire montre un thorax allongé, amaigri, sans voussure apparente.

En arrière : vibrations à peu près égales partout, cependant un peu diminuées à gauche dans tout l'espace inter-scapulo-vertébral. Au même point : submatité légère. A l'auscultation, diminution de la respiration à la partie moyenne du poumon gauche. En avant l'auscultation dans le deuxième espace intercostal gauche et à deux travers et demi de doigt de la ligne médiane fait entendre un souffle expiratoire assez localisé (pièce de deux francs).

Pas de bruits surajoutés.

Les autres appareils sont normaux. Les bruits du cœur sont rapides mais bien frappés.

P.A. : 12-7.

Urines rares et foncées, ne contiennent pas d'albumine.

Dans le sang : urée : 0,25. BW : 0.

Numération globulaire :

Globules rouges : 2.840.000.

Globules blancs : 7.000.

(74 % de polynucléaires neutrophiles, 1 % d'éosinophiles, 16 % de monocytes.)

Une radiographie de l'appareil pulmonaire révèle à la partie moyenne du poumon gauche une opacité diffuse à l'intérieur de laquelle se dessine en clair une ombre arrondie sans ligne de niveau décelable.

Les hiles sont chargés des deux côtés.

Le diagnostic d'abcès du poumon ne fait pas de doute.

Le 6 décembre, nous commençons à pratiquer des injections intra-veineuses d'alcool en solution à 20 %, en partant de 10 cc. pour augmenter progressivement jusqu'à 60 cc. par jour. Après les premières injections, il semble que la température baisse progressivement et que l'expectoration diminue (120 cc. par vingt-quatre heures). Mais dans les jours qui suivent, ce mieux ne s'accroît pas. Bien plus, des douleurs apparaissent, sourdes, profondes dans la région épigastrique. L'examen, négatif d'abord, fait ensuite sentir un empatement profond. On pense à une collection sous-phrénique qui est confirmée par l'interven-

tion chirurgicale pratiquée dans le service du Professeur COSTANTINI.

Après le drainage opératoire, l'état reste mauvais. La température fait de grandes oscillations. Deux jours après l'intervention apparaissent les signes d'une parotidite suppurée, qui nous font penser à un état septico-pyohémique.

Le malade est alors emmené par la famille dans un état désespéré. Nous apprenons sa mort le lendemain.

OBSERVATION N° 28

Recueillie dans le service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Abcès du lobe inférieur gauche vidé dans un premier temps dans les bronches, et dans un deuxième temps dans la plèvre.

Alcoolothérapie. Pleurotomie.

Nouvelle collection à la partie moyenne. Evacuée par pneumotomie.

Guérison.

M. M., âgée de 30 ans, entre le 18 janvier 1935, salle Maillot pour toux, expectoration purulente abondante avec mauvais état général.

Le début de l'affection remonte au 3 janvier 1935. Brusquement, la jeune femme a été prise d'un point de côté violent situé à la partie moyenne de son hémithorax gauche, sur la ligne axillaire. L'intensité de la douleur oblige la malade à s'aliter.

A ce moment, elle ressent de grands frissons. La température n'est pas prise. Bientôt apparaît une toux quinteuse, opiniâtre, continue et brusquement la malade se met à cracher très abondamment.

Depuis, elle tousse constamment et crache beaucoup.

C'est parce qu'elle se sent de plus en plus fatiguée qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Dans ses antécédents, rien à signaler:

A l'examen, on trouve une femme aux traits altérés, avec un faciès d'infectée, très fatiguée, elle est assise dans son lit, dyspnéique.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on remarque une voussure siégeant à la partie inférieure de l'hémithorax gauche. La percussion révèle une matité de la base gauche. La région voussurée est très douloureuse quand on la percute. Au même niveau, les vibrations vocales ont disparu, le murmure vésiculaire est notablement diminué. On entend des râles humides très nombreux. Après la toux, on entend du véritable gargouillement. Enfin, il y a de la bronchophonie, pectoriloquie aphone et retentissement de la toux.

Le poumon droit est normal.

L'expectoration est abondante, muco-purulente, renfermant une flore microbienne variée (pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, tétragène). Pas de B.K. La quantité rejetée en vingt-quatre heures oscille autour de 175 cc. Pas d'albumine dans les urines. Urée sanguine, 0.66. Tension artérielle : 10-7.

Une téléradiographie de l'appareil pulmonaire montre une ombre diffuse de la base gauche rendant probable le diagnostic d'abcès du poumon. Le 20 janvier, on institue le traitement par l'alcool intra-veineux en solution à 20 %.

Le 23, il n'y a encore aucune amélioration. Le 24, la malade nous déclare avoir beaucoup souffert dans la nuit de son côté gauche. Elle est toujours dyspnéique et abattue. La température est à 40°, le pouls rapide, l'expectoration a bizarrement diminué.

L'examen physique de la base gauche révèle un souffle pleural net. Soupçonnant une rupture dans la plèvre, nous faisons une deuxième radiographie de contrôle qui nous montre une image de pyopneumothorax à la base gauche.

Nous continuons alors l'alcool intra-veineux tout en adressant la malade à un service de chirurgie pour une pleurotomie. A la suite du drainage au point déclive, se

dessine une amélioration très nette avec chute brutale de température à 37°.

Durant quelques jours, tout va pour le mieux. Mais dix jours plus tard, vers le 4 février, la température remonte à 38°, cependant que le drain cesse de donner beaucoup.

Une nouvelle radio montre un niveau liquide à la hauteur de la 5^e côte en arrière. On décide alors d'intervenir et on suspend l'alcool. On pratique une pneumotomie après repérage exact de la collection.

Les suites opératoires sont excellentes : la température baisse progressivement, l'état général revient rapidement à la normale, tandis que la suppuration pulmonaire se tarit complètement.

OBSERVATION N° 29

Recueillie dans le service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Abcès aigu du poumon.

Alcoolothérapie. Guérison en cinq semaines.

E. B..., âgé de 34 ans, chef de chantier, entre salle Laveran le 14 février 1935, pour point de côté, fièvre élevée et toux.

Le début de l'affection remonte au 10 février : à ce moment, le sujet a été pris brusquement d'oppression et de toux sèche et quinteuse. Il continue pourtant à travailler jusqu'au 12. Mais à ce moment la fièvre, qu'il n'a d'ailleurs pas prise au thermomètre, le gêne et il ressent de grands frissons. Le lendemain, son état général est encore plus alarmant. Il est dyspnéique, ressent une fatigue extrême. Il entre alors à l'hôpital.

Dans ses antécédents, rien n'est à signaler. Il a toujours joui d'une excellente santé.

Le jour même de son hospitalisation, nous examinons le

malade : l'état général est très atteint, le visage est vultueux. La température oscille entre 38° et 40°, le pouls est à 96.

Le malade se plaint d'un point de côté très violent apparu le matin même, et situé en avant à la base de l'hémithorax droit. Il tousse, mais ne crache presque pas. L'examen des poumons nous révèle une matité s'étendant sur quatre travers de doigt à la base droite. Au même niveau, les vibrations sont abolies, le murmure vésiculaire est très diminué. Aucun bruit surajouté.

Une radiographie faite immédiatement nous montre une image floue non homogène à la base pulmonaire droite. La trame broncho-vasculaire est plus apparente qu'à gauche. L'image floue n'atteint pas le diaphragme en bas. Pas d'image hydro-aérique.

Au cœur, les bruits sont assourdis, la tension artérielle est de 12-7. Tous les appareils sont normaux. Pas d'albumine dans les urines. La diurèse est diminuée (400 cc. par vingt-quatre heures). Dans le sang : urée : 0,63, BW : 0.

Bien qu'à ce moment, l'expectoration soit à peu près nulle, nous pensons à la possibilité d'un abcès pulmonaire. Cependant comme traitement, nous faisons des enveloppements alcoolisés, potion calmante et coramine.

Le 15 et le 16 février, l'état est toujours aussi alarmant : la température décrit de larges oscillations entre 38° et 40°7. La dyspnée est importante, la toux est devenue très fréquente surtout la nuit, et douloureuse, augmentant l'intensité du point de côté de la base droite.

Le 16, le malade se met à rejeter des crachats jaunâtres, d'abord peu abondants. Peu à peu, l'expectoration augmente, le malade rejette dans les vingt-quatre heures environ 100 cc. de pus verdâtre non fétide.

Le même jour, l'alcool intraveineux est entrepris à raison de 20 cc. de la solution à 20 %. Injection faite tous les jours. L'alcool est très bien supporté, ne donne lieu à aucune réaction tant locale que générale.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliore nettement. La température, après une chute à 38° le 17 février, remonte pendant trois jours à 39°5.

Le 20, elle retombe brusquement à 37° et désormais va

s'y maintenir. Le malade nous dit qu'avec la médication qu'on lui a faite, il s'est tout de senti mieux, il a davantage de forces.

Cependant, il crache encore autant, et les signes stéthacoustiques ne sont guère modifiés : toujours matité, diminution du murmure vésiculaire, sous-crépitants à la base droite. Pas de souffle.

Une téléradiographie nous révèle que l'image floue semble s'étendre vers le haut, image toujours non homogène. A son intérieur, il semble que l'on y décèle un contour arrondi plus claire d'une pièce de un franc environ.

Depuis, l'amélioration constatée ne fait qu'aller en augmentant.

Peu à peu, l'expectoration diminue pour se tarir complètement vers le 11 mars. La toux a également disparu. L'examen de la base droite ne décèle qu'une légère submatité, mais le murmure vésiculaire se fait nettement entendre. Une radiographie tirée le 27 février montre un éclaircissement net de l'image floue antérieure. Le dessin pulmonaire tend à reprendre son aspect normal. La trame broncho-vasculaire est toujours très marquée .

Le 4 mars 1935, plus rien n'existe de pathologique. La trame pulmonaire est normale. L'arbre broncho-vasculaire est moins marqué.

Le 14 mars, on arrête les injections d'alcool. Le malade a reçu 520 cc. de la solution à 20 %.

Le 20 mars, le sujet quitte l'hôpital dans un état excellent.

OBSERVATION N° 30

Recueillie dans le service de notre Maître
M. le Professeur RAYNAUD

*Abcès aigu à pyogènes banaux du poumon droit.
L'alcoolothérapie n'apporte que peu d'amélioration.*

Après une accalmie trompeuse, reprise algue des accidents.

Pneumotomie en deux temps. Mort quinze jours plus tard.

C. M..., âgé de 34 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 22 février 1935 pour douleurs dans l'hémi-thorax droit, toux et expectoration. Le début remonte à dix jours environ. Brutalement, le malade a ressenti un violent point de côté avec frissons. Aussitôt, la toux apparut ramenant une expectoration vite muco-purulente. Peu importante, elle a augmenté par la suite de façon progressive pour atteindre environ 300 cc. par 24 heures.

Quelques jours avant le début de son affection pulmonaire qui l'a amené ici, le malade nous dit avoir eu au niveau du pied gauche une plaie située entre le quatrième et le cinquième orteil. Cette plaie s'est accompagnée d'un œdème considérable du pied, et a suppuré beaucoup.

Dans les antécédents, rien à signaler.

A l'examen, on trouve un malade dyspnéique, légèrement cyanosé. Son haleine est fétide, l'expectoration est abondante, fétide, purulente, verdâtre et atteint 340 à 350 cc. par jour. La température oscille entre 39° et 40, le pouls est bien frappé. Dans l'ensemble, l'état général reste satisfaisant.

L'exploration de l'appareil pulmonaire révèle en arrière une matité de la partie supérieure et de la partie moyenne de la plage droite, avec peut-être une bande moins mate horizontale sous la pointe de l'omoplate. A la base, la sonorité est normale.

Dans toute l'aire de matité, augmentation des vibrations, grosse obscurité respiratoire avec inspiration très humée. Pas de souffle, pas de bronchophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Sibilants et ronchus disséminés. Quelques rares sous crépitants. A la base, gros sous-crépitations.

A gauche, respiration normale, quelques sous-crépitations à la base. Au cœur, les bruits sont normaux, la tension artérielle au Vaquez est de 11 1/2-7.

Rien aux autres appareils.

Dans les urines : ni albumine, ni sucre.

Dans le sang : urée normale, BW négatif.

Dans l'expectoration : des germes banaux sans spirilles.

Un cliché radiographique pratiqué le 24 février montre une zone opaque allongée horizontalement à la partie moyenne du poumon droit, s'étendant sur une hauteur de 3 cm. environ.

Le traitement institué consiste en désinfectants, désodorisants, et en anti-infectieux : septicémine : 10 cc. intra-veineux tous les jours.

Nous suivons le malade par la clinique et la radiographie.

Le 5 mars, la température est tombée aux environs de 37°6 et y demeure. L'état général est meilleur. L'expectoration a notablement diminué : de 350 cc., elle est tombée à 150 cc. Les crachats ont perdu leur fétidité. La toux est moins pénible, elle est surtout fréquente la nuit.

On trouve au poumon droit une matité s'étendant de la partie moyenne à la base avec vibrations légèrement exagérées, une obscurité respiratoire importante, et quelques râles sous-crépitaux. Des ronchus et des sibilants sont disséminés sur toute la plage droite et la plage gauche.

Un examen radioscopique pratiqué par le Docteur TILLIER montre la persistance de la zone opaque de la partie moyenne du poumon droit. En OAD et en OPG, on voit une image de scissurite sous-jacente à l'ombre principale et nettement distincte d'elle.

Vers la fin mars, l'état physique est le même. L'expectoration conserve ses mêmes caractères de purulence et sa même quantité : 130-150 cc. Mais, de plus, le malade nous signale une insomnie habituelle et se sentirait nettement plus fatigué qu'au début de son affection.

Le 1^{er} avril, nous commençons alors un traitement par l'alcool intra-veineux en solution à 20 % et à doses progressives, huit jours plus tard, l'expectoration devient plus fluide et moins abondante : dans le verre, on trouve une couche purulente de 45 cc. surmontée d'une couche

liquide de 75 cc. L'état général est meilleur, le malade se sent plus fort. Il a recouvré un excellent appétit.

Une radiographie montre un éclaircissement notable de l'ombre sus-scissurale. Durant tout le mois d'avril, le malade reçoit régulièrement une injection d'alcool tous les deux jours.

Mais le 29 nous apprenons que, brusquement la veille au soir, le malade a eu une hémorragie intestinale de sang pur assez abondante (près d'un litre). Le malade est asthénisé, fatigué. Nous suspendons l'alcool pour faire le traitement classique anti-hémorragique : anthéma, chlorure de calcium, poche de glace sur l'abdomen. Une numération donne : 3.420.000 globules rouges et 18.320 globules blancs avec formule normale. Temps de saignement et de coagulation normaux. Signe du lacet négatif. Foie et rate de dimensions normales, indolores, tension artérielle : 11,5, 6,5.

Durant trois jours, l'expectoration diminue notablement. De 150 cc., elle est réduite à 50, 60 cc. par vingt-quatre heures.

Le 3 mai, sa quantité augmente à nouveau, tandis qu'apparaît une nouvelle poussée fébrile avec asthénie, perte de l'appétit. L'examen physique révèle toujours une submatité à la partie moyenne du poumon droit avec vibrations exagérées, respiration rugueuse, sous-crépitaux. Dans l'aisselle droite : petit foyer avec matité, vibrations exagérées, sous-crépitaux très fins surtout entendus après la toux.

Traitement institué : septicémine intra-veineuse.

Le 18 avril : même état ; aucune amélioration. Bien au contraire, l'examen radioscopique confirme la poussée évolutive : on voit de nouveau la cavité de l'abcès avec un niveau liquide.

A ce moment, le bilan est le suivant : il s'agit d'un abcès pulmonaire aigu à pyogènes banaux qui a semblé évoluer vers la guérison. Mais il s'agissait d'une accalmie trompeuse, laquelle dura un mois, au bout de ce temps reprise des accidents.

Le malade est évacué dans un service de chirurgie. Une

pneumotomie en deux temps fut pratiquée. Les suites opératoires sont normales.

Mais quinze jours plus tard, le malade meurt au milieu de phénomènes dyspnéiques importants. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION N° 31

Recueillie dans le service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Deux abcès collectés du poumon droit.

Alcoolothérapie. Ouverture spontanée de la suppuration pulmonaire dans la plèvre.

Pleurotomie évacuatrice.

Mort brusque huit jours après l'intervention.

M. O..., âgé de 45 ans, wattman, entre salle Laveran le 28 mars 1935 pour toux et expectoration abondante.

Le début de l'affection remonte au 10 mars 1935. Trois jours avant, le sujet avait fait pratiquer par son dentiste une avulsion dentaire. Brusquement, le malade ressent un point de côté violent, dans l'hémithorax droit et des frissons. Il se met à tousser et rejette une expectoration blanchâtre. Au bout de quatre à cinq jours, son état général est atteint. Il se sent très asthénisé et quitte son travail le 15. Il se met au lit. Sa température est à 39°-40°.

La toux devient plus fréquente et ramène maintenant une expectoration nettement purulente et fétide. Il ne se produit pas de grosse vomique. L'expectoration progressivement, mais rapidement est devenue très abondante pour atteindre un volume d'environ 300 cc. par vingt-quatre heures.

Pendant douze jours est pratiqué un traitement symptomatique par la révulsion, les antithermiques et les expecto-

torants. Mais au bout de ce temps, le malade ne constatant aucun mieux dans son état se fait hospitaliser.

Dans ses antécédents, on ne relève qu'une variole à l'âge de deux ans, dont il porte les stigmates sur le visage. A toujours eu une bonne santé. Ethylisme assez important.

A l'examen, on trouve un sujet asthénisé, abattu, très amaigri.

L'exploration physique de l'appareil pulmonaire révèle en arrière et à droite : une submatité suspendue à la partie moyenne du poumon avec douleur à la pression. Les vibrations sont augmentées. La respiration est diminuée. Pas de souffle, pas de retentissement de la voix haute, pas de pectoriloquie aphone, pas de râles.

Au sommet, on entend des ronflants. En avant et à droite, on retrouve les mêmes signes étendus au sommet et à la partie moyenne.

Rien au poumon gauche. Au cœur, les battements sont bien frappés, la tension artérielle est de 9-5 1/2. Le foie est un peu sensible, mais de volume normal. Rien aux autres appareils. Les urines sont diminuées, foncées, sans albumine. Dans le sang, l'urée est à 0,41. Le BW négatif. Une téléradiographie pratiquée le jour de l'entrée révèle à la partie moyenne du poumon droit une image opaque assez homogène s'étendant vers le bas jusqu'à trois travers de doigts du diaphragme. Cette opacité est surmontée d'une ligne de niveau horizontale très nette. En somme, image hydroaérique typique. On commence immédiatement le traitement par les injections d'alcool à 20 % par voie intra-musculaire. On commence d'emblée par 30 cc. de la solution, puis 40 cc. Dans les jours qui suivent, l'état reste toujours aussi grave. La température oscille entre 38° et 39°, le pouls est à 90. L'expectoration est toujours très fétide et, de plus, devient encore plus abondante ; le malade rejette entre 300 et 500 cc. de crachats purulents par vingt-quatre heures. Le 2 avril 1935, nous faisons une nouvelle radiographie qui, à notre grande surprise, nous révèle un nouvel abcès situé au-dessous du premier ; de grandeur moindre, mais avec une ligne de niveau typique. Une radio en position transverse les montre assez superficiels.

On augmente la quantité d'alcool intra-musculaire ; on fait le 3 avril 60 cc. ; puis, les jours suivants, 80, 100, 100, 120 et 130 cc. Les injections sont toujours parfaitement tolérées. Cependant, l'expectoration reste toujours aussi abondante et fétide, une nouvelle radio pratiquée le 6 montre une extension en largeur des deux abcès pulmonaires. Devant cette aggravation locale avec état général très atteint, on envisage le traitement chirurgical que l'on propose au malade.

L'intervention évacuatrice doit être pratiquée le 8 avril.

Le matin de l'intervention, on trouve le visage du malade très œdématisé, surtout dans sa moitié droite. L'hémithorax droit est également envahi par un emphysème sous-cutané qui nous indique comme certaine la rupture des abcès. La pleurotomie pratiquée par le Professeur COSTANTINI donne issue à un pus fétide abondant.

L'exploration au doigt fait sentir une cavité intra-parenchymateuse.

On n'arrive cependant pas à savoir si le deuxième abcès est également rompu. On établit un drainage. Le traitement post-opératoire consiste en toni-cardiaques, et sérothérapie anti-gangréneuse : 20 cc. le premier jour, répétés le lendemain de l'intervention. Ce jour-là, la température est tombée, l'expectoration a diminué : 30 à 40 cc., mais le drain donne beaucoup. L'état général reste sérieux. Dans les jours suivants, la température reste peu élevée (au voisinage de 38°), l'expectoration peu importante (entre 30 et 50 cc). L'état général semble s'améliorer. L'emphysème sous-cutané de la face tend à disparaître.

Mais 8 jours après l'intervention, le malade meurt brusquement sans que l'on puisse en déceler la cause. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION N° 32

Recueillie dans le service de notre Maître
M. le Professeur RAYNAUD

Abcès putride.

Alcoolothérapie. Guérison.

G. Sc., âgé de 58 ans, chauffeur, entre à l'hôpital le 7 mai 1935, pour point de côté droit, toux, expectoration et fièvre.

Le début remonte au 18 avril environ ; le sujet est pris brusquement de grands frissons, d'un point de côté douloureux à la base droite, de fièvre. Bientôt, il tousse et rejette des crachats blanchâtres. Dans les jours qui suivent le point de côté tend à diminuer, mais la fièvre persiste, élevée à 39°. Le malade a des sueurs nocturnes. Il tousse fréquemment et l'expectoration est devenue plus abondante, verdâtre, nettement purulente. L'état général est touché.

Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

Dans ses antécédents, on note du paludisme contracté à 25 ans, de la bronchite survenant presque tous les hivers. Enfin, il existe un éthylisme important (2 litres de vin par jour).

A l'examen : facies jaunâtre, conjonctives sub-ictériques. Amaigrissement, asthénie, perte de l'appétit.

La percussion du poumon droit révèle en arrière une matité s'étendant à tout le sommet et à la partie moyenne, avec vibrations augmentées, respiration rude, expiration très soufflante, sans bruits surajoutés. Pectoriloquie aphone, bronchophonie.

On retrouve les mêmes signes en avant au sommet. Dans le creux de l'aisselle droite : souffle expiratoire avec pectoriloquie aphone.

Le cœur bat normalement, la tension artérielle au Vaquez est de 10 1/2-7. Le foie est augmenté de volume, douloureux. Tremblement léger des extrémités. Réflexes ostéotendineux normaux.

Les autres appareils sont normaux.

L'urée sanguine est normale, le BW négatif. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. La numération sanguine donne :

3.024.000 globules rouges.

12.160 globules blancs.

avec une formule : 74 polys N.

0 Eos.

29 lympho.

3 mono.

L'expectoration est nettement purulente, verdâtre, abondante. Sa quantité varie entre 150 et 200 cc. par vingt-quatre heures. Elle est très fétide et gêne le malade et son entourage. Elle renferme des spirilles et anaérobies. Recherche de bacilles de Koch négative.

Enfin, un cliché radiographique montre à la partie moyenne de la plage droite une ombre diffuse assez homogène, allongée verticalement sur 10 cm. Elle part de la périphérie et son diamètre transverse maximum est de 5 cm. Cette ombre présente à son intérieur une image hydro-aérique typique.

Le diagnostic d'abcès putride ne fait aucun doute.

Le 10 mai, nous instituons le traitement suivant : émétine pendant six jours combinée à des injections intra-veineuses de novarsénobenzol. On injecte ainsi 0,40 d'émétine et 0,95 de novar en tout.

Le 18, l'état reste le même, l'examen radioscopique (Docteur TILIER) montre la persistance de l'image hydro-aérique.

C'est alors que devant l'échec de l'émétine et de l'arsenic, nous tentons les injections d'alcool. Cette thérapeutique est commencée le 21 : on fait des injections intramusculaires quotidiennes de la solution à 20 %. On commence à 10 cc. en augmentant chaque jour de 10 cc. pour atteindre 40 cc. Le 30, on a ainsi injecté dans les fesses du malade 340 cc. de la solution alcoolique. L'état général et physique quoique améliorés restent cependant encore sérieux. L'expectoration est autour de 200 cc. par vingt-

quatre heures. Les fesses du malade sont amaigries, nous faisons alors des injections intra-veineuses d'alcool en solution à 20 % : 20 cc. tous les jours.

Au bout de dix injections, l'amélioration est sensible. La température a baissé progressivement, elle est maintenant aux environs de 37°, ne dépasse pas 37°8. Le malade a repris des forces, de l'appétit. Son expectoration est de 150 cc. par vingt-quatre heures.

Nous continuons le traitement alcoolique jusqu'au 20 juin. Le malade a reçu 326 cc. de solution à 20 % dans les veines.

A ce moment, l'état est satisfaisant. Le sujet a bon appétit, dort bien, tousse modérément. Il crache environ 80 cc. de pus qui a perdu totalement sa fétidité. On laisse le malade au repos.

Le 10 juillet, l'amélioration continue, l'expectoration a encore diminué : 50 cc. A l'examen physique, on ne trouve plus qu'une submatité suspendue à droite avec une légère diminution du murmure et quelques rares râles sous-crépitaux après la toux.

Le 19, pour accélérer la guérison, nous reprenons le traitement alcoolique. Le malade reçoit à nouveau 11 injections d'alcool en alternant la voie veineuse et la voie intramusculaire. Dans les jours qui suivent la reprise du traitement, des hémoptysies légères se produisent.

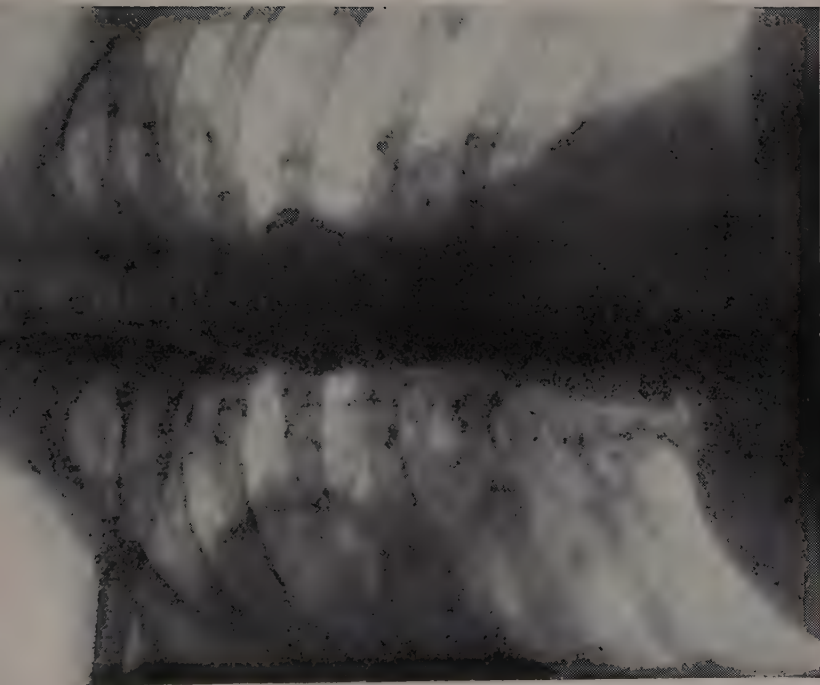
L'alcool est quand même continué.

Le 26, l'expectoration est tombée à 20 cc., la toux est insignifiante. Un cliché radiographique montre une diminution considérable de l'ombre pathologique. La cavité hydro-aérique est à peine visible.

Le 9 août, le sujet ne rejette plus que 2 à 3 crachats dans les vingt-quatre heures. La toux a à peu près disparu. L'état général est très satisfaisant. Au poumon droit, on ne constate plus qu'un peu de rudesse respiratoire.

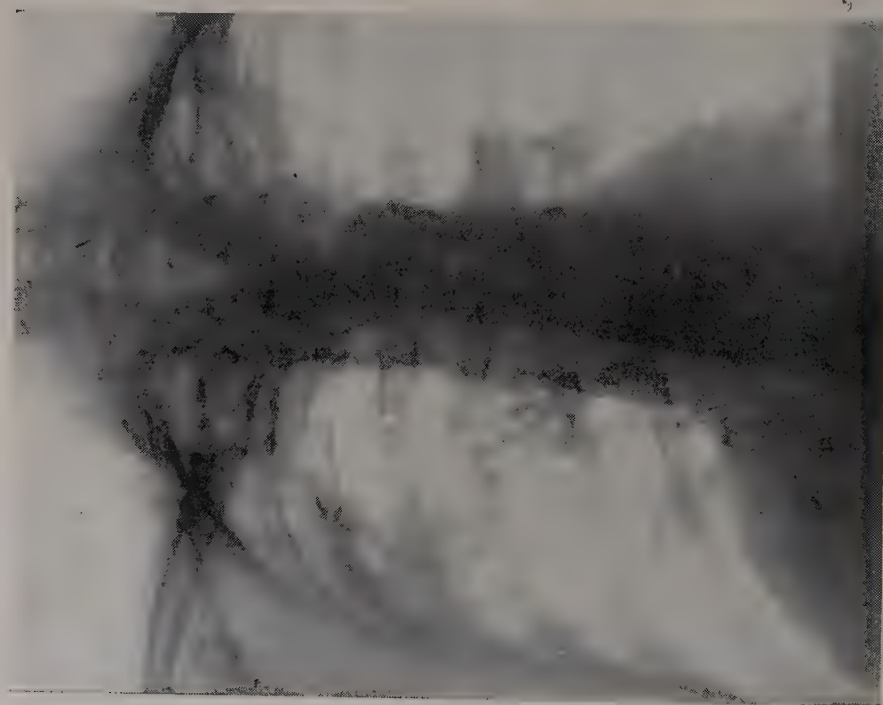
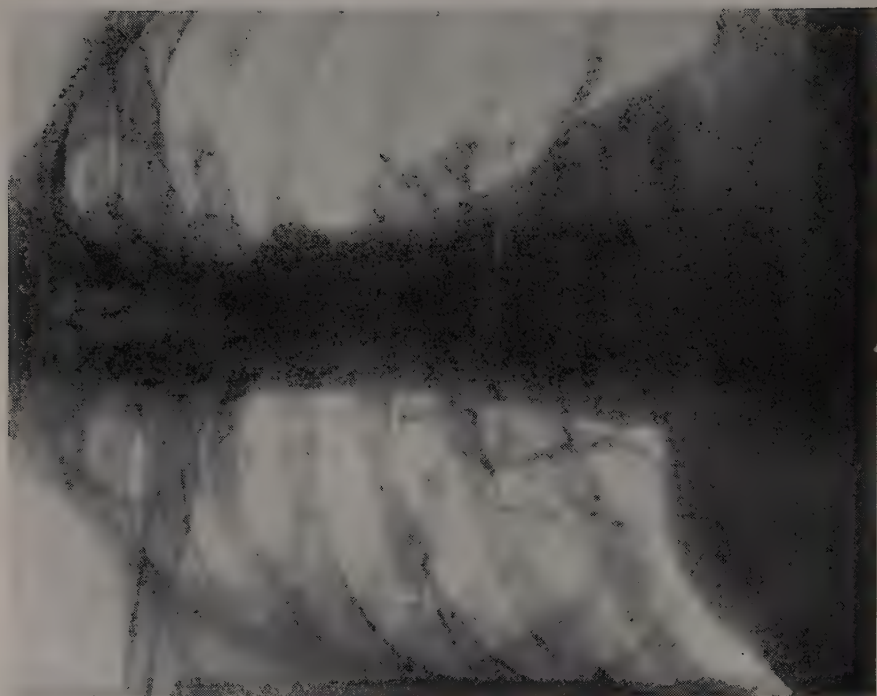
Durant le mois d'août, la guérison se consolide. Le 20, un cliché montre le retour de l'aspect normal du poumon. Le malade reste encore un mois et demi (26 octobre 1935) dans le service.

Durant tout ce temps, la guérison s'est maintenue com-



OBSERVATION N° 32. G. Sc...

Abcès putride. Image hydro-aérique.



plète et le sujet nous quitte dans un état de santé excellent.

OBSERVATION N° 33

Recueillie dans le service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Abcès du lobe inférieur droit.

F. B., sujet italien, âgé de 29 ans, entre salle Laveran pour toux et expectoration abondante, le 26 mai 1935.

Le début de l'affection remonte à un mois environ. Il a été brusque, marqué par l'apparition d'un point de côté et d'une température élevée à 39°. Deux jours plus tard apparaît une toux très fréquente, pénible ramenant immédiatement une expectoration purulente qui, en très peu de temps, devient abondante. Sa température oscille entre 39° et 40°.

Au bout d'un mois, les mêmes phénomènes persistant le malade se décide à se faire hospitaliser.

Dans ses antécédents, il n'y a aucune affection à signaler.

A l'examen, on trouve un sujet amaigri, sans forces, sans appétit, la température oscille entre 38° et 38°5, le pouls bien frappé est à 90, la toux est fréquente, quinteuse et ramène une expectoration abondante : 200 à 250 cc. par vingt-quatre heures.

L'exploration de l'appareil pulmonaire montre à la face postérieure droite une matité des 2/3 inférieurs, avec vibrations exagérées, un souffle expiratoire de type amphorique et de la pectoriloque aphone. On entend des ronflants disséminés sur l'étendue des deux plages pulmonaires. Les autres organes sont intègres. La radiographie des poumons montre au niveau du lobe inférieur droit une image floue homogène de la grosseur d'une mandarine, n'atteignant pas en bas le diaphragme.

En haut, elle est surmontée d'une ligne de niveau hori-

zontale nette au-dessus de laquelle on voit une ombre plus claire.

On commence aussitôt à pratiquer des injections intra-veineuses d'alcool en solution à 20 %. Mais deux jours plus tard, un nouveau cliché révèle une extension importante du processus suppuratif. Nous confions alors le malade à un service chirurgical où le malade décède peu après l'intervention.

OBSERVATION N° 34

Recueillie dans le service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

*Abcès de la base droite, d'allure grave. Alcoolothérapie.
Rupture dans la plèvre. Pleurotomie. Mort quatorze jours
plus tard due à l'intoxication générale.*

G. W.,, âgé de 40 ans, entre à l'hôpital dans la nuit du 7 au 8 juillet 1935, pour syndrome pulmonaire brutal caractérisé par un point de côté sous-mamelonnaire droit, violent, très douloureux, une dyspnée intense et température à 39°8. Le début de la maladie remonte au 25 mai environ. Le malade rentre chez lui avec une forte température, des frissons, des sueurs abondantes, un point de côté et une expectoration importante de crachats mucopurulents.

Le médecin consulté fait faire une radiographie qui révèle un abcès du poumon droit situé au niveau du hile droit, caractérisé par une image arrondie de la grosseur d'un gros pois à peine avec un niveau liquidien. Le malade est alors traité par des injections d'émétine. On pratique neuf injections en tout. L'expectoration a alors beaucoup diminué et le malade continue son travail.

Mais le 3 juillet, brusquement, la température reparait à 38°5-39°, le point de côté s'exagère et le 7 juillet le malade

est pris d'une dyspnée intense allant jusqu'à l'étouffement. Il est alors hospitalisé.

Cet homme a été gazé pendant la guerre, depuis il tousse et crache souvent. Il a eu du paludisme dans son jeune âge et de la dysenterie à 30 ans.

Ethylisme important.

A l'examen, on est en présence d'un homme au facies vultueux aux conjonctives injectées et légèrement ictériques, il est en proie à une forte dyspnée.

La température est à 40°2, le pouls à 110, l'expectoration muco-purulente s'élève à 20 cc. pour l'instant.

Aux poumons, on trouve une matité sur les deux tiers inférieurs de la plage droite avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire. Pas de souffle, pas de râles.

Les bruits du cœur sont rapides. La tension artérielle au Vaquez est de 25-10.

Le jour même de son entrée, le 8 juillet, le malade reçoit une injection intra-musculaire d'alcool en solution à 20 %.

Le lendemain, l'examen révèle une extension de la matité pulmonaire à la base droite, elle s'étend maintenant au-delà des deux tiers inférieurs de la plage. L'état général reste aussi grave, l'expectoration augmente de quantité (75 cc. par vingt-quatre heures).

Dans les jours qui suivent, l'état reste stationnaire. Le 13, l'expectoration atteint 100 cc. On porte à 30, puis 40 cc. la quantité d'alcool injectée.

Le 15, le malade fait brusquement une vomique importante qui le suffoque : 750 cc. de pus verdâtre sont rejetés, puis la quantité émise par vingt-quatre heures revient à 130 cc., l'alcool est interrompu.

Le 17, le malade présente brusquement un violent point de côté à la base droite, en même temps qu'il a une gêne considérable pour respirer. Cependant, l'expectoration reste abondante, mais le cliché nous donne l'explication en nous montrant une image de pleurésie de la grande cavité, mais localisée, grâce à des adhérences.

Le malade est alors évacué dans un service de chirurgie, où le 20 juillet on pratique une pleurotomie.

Les suites opératoires paraissent favorables, le drain donne bien, le malade ne crache plus. Mais, bientôt, l'état général décline fortement, le malade, éthylique avéré, ne peut plus faire les frais de son infection et meurt le 3 août.

OBSERVATION N° 35

Recueillie dans le service de notre Maître
M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Abcès para-hilaire gauche.

Traitement par l'alcool intra-veineux, Echec.

Dr... Dj..., indigène âgé de 36 ans, entre salle Laveran le 10 août 1935, pour toux, expectoration et température.

Le début remonte au 29 juillet, il a été marqué par un point de côté violent sous-mamelonnaire gauche, tandis que la température montait rapidement aux environs de 39°.

Quatre jours plus tard apparaît de la toux qui ramène des crachats sanglants. Puis une expectoration purulente fait son apparition. Elle devient progressivement abondante pour atteindre 100 cc. environ dans les vingt-quatre heures ; mais la quantité varie beaucoup d'un jour à l'autre tombant quelquefois à 50 cc. Ces signes persistent sans grand changement. Cependant, au bout de quelques jours, la température décroît aux environs de 38° : l'affection ne s'améliorant pas, le malade se fait hospitaliser.

Dans ces antécédents, rien de particulier à noter.

A l'examen, on trouve un sujet bien constitué, dont l'état général est relativement bon. La température est peu élevée, oscillant entre 37° et 37°9, le pouls est à 70, bien frappé.

La toux, cependant, est encore fréquente, pénible, l'ex-

pectoration nettement purulente, non fétide est de 50 à 60 cc. dans les vingt-quatre heures.

Au poumon, on trouve, en arrière, sur les deux tiers inférieurs de la plage gauche : des vibrations augmentées avec une submatité très légère, une respiration un peu rude. Pas de souffle, pas de pectoriloquie aphone. A la base, une légère bronchophonie. Enfin, des râles sous-crépitaux s'entendent de la partie moyenne à la base du poumon gauche.

En avant, quelques ronchus très discrets. A droite, rien. Les autres appareils sont normaux.

La tension artérielle au Vaquez est de 12-7 1/2. Pas d'albumine dans les urines. L'urée sanguine est normale (0,30). Le B.W. est négatif dans le sang.

Une radiographie pratiquée révèle dans la région parahilaire gauche une image floue non homogène. Dans son centre, existe une zone arrondie plus claire sans ligne de niveau décelable.

Le 13 août, on entreprend le traitement par l'alcool intra-veineux : 20 cc. de la solution à 20 % tous les jours.

Au bout de quelques injections, il se produit une notable amélioration de l'état général, la température se stabilise au-dessous de 37°. L'appétit et les forces reviennent, mais les signes fonctionnels et physiques persistent sans changement. Sur le cliché, l'image floue ne s'est pas modifiée. Nous continuons l'alcool intra-veineux jusqu'au 15 septembre. Le malade reçoit ainsi 680 cc. de la solution alcoolique à 20 %, sans que nous ayons obtenu un résultat tangible, si ce n'est l'amélioration de l'état général. Pour des raisons de famille, le malade quitte l'hôpital le 15 septembre.

Un mois plus tard, le malade se fait hospitaliser à nouveau. L'examen et le cliché radiographique nous montre que l'abcès pulmonaire a persisté sans changement. Au bout de trois jours, à nouveau le malade quitte l'hôpital, avant que l'on ait pu entreprendre une thérapeutique.

OBSERVATION N° 36

Recueillie dans le service de notre Maître
M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Abcès aigu grave.

Mort au bout de vingt jours d'évolution.

F... O..., âgé de 35 ans, entre salle Laveran le 27 janvier 1936, pour toux, expectoration abondante et température élevée.

Le début de l'affection actuelle remonte au 10 janvier environ.

Il a été marqué par une perte de forces subite, sans aucun phénomène pulmonaire. Le sujet continue son travail pendant trois à quatre jours. Mais son état général décline de plus en plus. D'ailleurs, les signes se sont maintenant précisés : un point de côté de plus en plus intense est apparu à la base pulmonaire droite, en même temps que de la toux. Cette toux, pénible, et sèche d'abord, ne tarde pas à s'accompagner du rejet de quelques crachats. Enfin, le malade a de la fièvre.

Elle oscille entre 38° et 40. Il a des sueurs profuses.

Le 15 janvier, brusquement, il fait une vomique purulente avec des signes généraux alarmants. Il rejette environ 200 cc. de pus verdâtre.

Durant toute la journée, il crache beaucoup. Dans les jours qui suivent, la toux très pénible fatigue énormément le malade.

L'expectoration semble moindre, mais il s'y mêle des crachats sanglants. La température est toujours très élevée, l'état général aussi mauvais. Le 27, le malade se décide enfin à se faire hospitaliser.

Dans ses antécédents, rien de spécial à signaler. Il a toujours joui d'une bonne santé. Il n'est pas tousseur. A l'examen, on trouve un sujet asthénisé, dyspnéique, anhélant, répondant péniblement à nos questions, gêné par une toux fréquente et pénible qui ramène des crachats purulents verdâtres. L'expectoration par vingt-quatre heures s'élève

à environ 75 cc. La recherche du B.K. est négatif. A la base pulmonaire droite, on trouve des signes de condensation : matité, exagération des vibrations avec, en plein centre de la matité, un petit souffle inspiratoire avec bronchophonie, pectoriloquie aphone. Tout autour en couronne : de nombreux râles sous-crépitants très humides.

Un cliché radiographique pratiqué le même jour révèle à la partie inférieure du poumon droit une opacité diffuse sans aucune homogénéité, s'étendant à tout le tiers inférieur de la plage.

Les ombres bronchovasculaires sont marquées des deux côtés.

Au cœur, les battements sont bien frappés mais rapides.

Le poulx bat à 120, petit. La tension artérielle au Vaquez est de 10 1/2-7.

Les autres appareils sont normaux.

On commence le 28 janvier, le traitement par l'alcool intra-veineux en solution à 20' % : 10 cc. le premier jour, puis 20 cc.

Dès la deuxième injection, le malade se sent déjà mieux. Il respire avec beaucoup plus de facilité, il est plus à son aise, il nous parle beaucoup plus facilement. Il a bien reposé la nuit. Le poulx est meilleur, la température semble descendre progressivement.

Mais brutalement le 1^{er} février, le malade meurt dans l'après-midi, au milieu de phénomènes dyspnéiques importants. Rupture dans le médiastin, dans la plèvre ? ?. L'autopsie n'ayant pu être faite, ces hypothèses ne peuvent être confirmées. Le malade a reçu en tout quatre injections d'alcool à 20 %.

Observations de Suppurations pulmonaires chroniques

OBSERVATION N° 37

MM. LAIGNEL, LAVASTINE et GEORGE

*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale
des Hôpitaux de Paris, Juillet 1932 (Résumé)*

*Suppuration pulmonaire à type d'abcès putride d'emblée
avec polynévrite. Traitement par les injections intra-vei-
neuses d'alcool à 33 %.*

Une femme à 39 ans, sans passé pulmonaire, entre dans le service pour une suppuration pulmonaire à début brusque, à type d'abcès putride d'emblée, datant de plus de deux ans, et pour une polynévrite des membres inférieurs apparue au début de l'évolution des manifestations pulmonaires.

Devant l'échec des thérapeutiques habituelles, nous avons employé chez cette malade la méthode des injections intraveineuses d'alcool à 33 %.

Sous l'influence de cette thérapeutique, nous avons vu une amélioration considérable des troubles pulmonaires surtout objectivée par la diminution très importante de l'expectoration, qui, atteignant depuis deux ans le chiffre quotidien de 300 grammes n'est plus maintenant que de 50 à 75 grammes par jour, en même temps que la flore microbienne s'est raréfiée et que les signes physiques s'amendaient parallèlement.

Mais notre thérapeutique n'a pas eu seulement une action heureuse sur les manifestations pulmonaires, et à notre grande surprise, nous avons vu au cours du traitement, les manifestations des membres inférieurs s'amélio-

rer au point que la marche qui n'était plus possible depuis deux ans est maintenant aisée.

OBSERVATION N° 38

MM. MERLE et GURFINKIEL

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux
Décembre 1933

Suppuration gangréneuse chronique datant de dix-huit mois sans rémission appréciable, avec poussées extensives successives et remaniement des ombres radiologiques. Guérison clinique incomplète. Nettoyage radiologique partiel.

Mlle R..., 26 ans, entre à l'hôpital le 5 mars 1932. Début en février 1931 par un épisode pulmonaire aigu assez mal défini, suivi d'une expectoration purulente fétide qui ne s'est jamais arrêtée depuis, s'accompagnant d'une fièvre irrégulière à peu près continue.

Malgré l'absence constante de bacille de Koch dans les crachats, elle a, jusqu'à son entrée à l'hôpital, été considérée comme tuberculeuse et traitée par des séries d'injections de sels d'or. A l'entrée, état général relativement bien conservé, malgré un an de fièvre et de suppuration pulmonaire ininterrompue. Doigts hippocratiques, fièvre irrégulière, expectoration d'une extrême abondance (350 grammes par vingt-quatre heures) franchement fétide, mais cette fétidité est toutefois intermittente. L'examen des crachats révèle une flore microbienne polymorphe. En avant sous la clavicule droite, matité avec exagération des vibrations et signes cavitaires très nets. Submatité en arrière, de haut en bas, avec quelques râles humides disséminés, et obscurité respiratoire. Une radiographie montre à ce moment une opacité accentuée de la moitié inférieure du poumon droit ; homogène pour sa base, moins accentuée à la partie moyenne, où l'on constate sinon une image

cavitaire véritable, du moins des pertes de substance irrégulières d'aspect cavernulaire, mais sans image hydro-aérique. Une épreuve au lipiodol s'est montrée négative au point de vue bronchique. Du 5 mars au 1^{er} novembre 1932, la malade est soumise sans aucun résultat à des traitements variés, émétine, hyposulfite par voie buccale, série de bronchoscopies avec aspiration, très mal supportées d'ailleurs, vaccination par stock-vaccin et auto-vaccin, crysalbine, pyormine.

La suppuration reste toujours abondante, la fièvre se maintient à peu près continue. Les radiographies en série révèlent les tendances erratiques de la zone d'opacité avec remaniements successifs du foyer de suppuration. Successivement, on constate un nettoyage de la base avec tendance extensive vers le sommet (septembre 1932), puis un envahissement total de tout le poumon droit (octobre 1932).

Du 1^{er} au 30 novembre 1932, la malade reçoit quinze injections intra-veineuses d'alcool à 33 %, à doses progressives, soit 190 grammes d'alcool à 95°. La sclérose des veines nécessite alors l'interruption des injections. Le premier effet observé fut la disparition définitive de la fétidité dès la troisième piqûre, puis une diminution lente de l'expectoration qui tombe peu à peu de 350 grammes à 40 grammes, l'état général s'améliorant très rapidement.

La température s'abaisse également et était redevenue sensiblement normale au bout d'un mois. Vers le 15 janvier, atteinte grippale par épidémie de salle, nouvelle poussée thermique et retour d'une expectoration abondante, mais non fétide. On réussit à faire à nouveau, malgré le mauvais état des veines, dix nouvelles injections d'alcool. Au cours des mois suivants, l'amélioration ne cesse plus de suivre une marche régulière, bien que l'expectoration ne tarisse jamais complètement et que l'auscultation révèle toujours sous la clavicule droite, une zone soufflante avec quelques râles humides après la toux. Par contre, les radiographies successives, si elles ne montrent pas un nettoyage radiologique complet, révèlent la disparition des tendances aux remaniements successifs, et une diminution très nette de l'opacité de la masse sombre principale, laissant toutefois persister quelques aspects cavernulaires

irréguliers ; une déviation accentuée de la trachée du côté malade doit être interprétée comme un signe de rétraction du parenchyme, de signification pronostique peut-être favorable.

La malade transformée au point de vue général, non fébrile depuis plusieurs mois, ne crachant presque plus, a pu quitter le service en juin 1933 pour mener une existence normale.

Aucune rechute n'est survenue à la date de ce jour.

OBSERVATION N° 39

(In thèse GURFINKIEL, Toulouse 1933-34)

Suppuration pulmonaire chronique avec hémoptysies à répétition. Vomiques. Expectoration non fétide. Guérison clinique. Nettoyage radiologique.

N. V..., âgé de 33 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 14 juin 1932.

Le début de la maladie remonte à la fin du mois de mars. A la suite d'une pneumonie, le malade commençait à tousser et à cracher et à la fin avril, il cracha du sang pendant quinze jours. Amaigrissement de 7 kilogs, température entre 37°5 et 38. A son entrée à l'hôpital, l'examen ne révèle pas grand chose. Pas de bacilles de Koch dans les crachats, même après homogénéisation. On met le malade au repos avec un traitement anti-hémorragique (chlorure de calcium, pitulobine, morphine).

Le 29 juin, examen des crachats encore négatif. La radiographie montre une forte réaction para-hilaire droite entourée d'une ombre moins dense qui s'étend jusqu'à la face extrême du thorax.

Le 23 juillet, nouvelle hémoptysie assez abondante, fièvre à 37°8. On commence l'émétine à raison de 0,04. Le 10 août, nouvelle hémoptysie avec poussée fébrile (39°). A ce moment : souffle de type caverneux, râles humides, matité

franche à droite. Le 31 août : vomique : crachoir plein de pus mélangé à du sang. Température à 40°. On supprime l'émétine. Chlorure de calcium, et pituitobine. Le 18 septembre : hémoptysie et température à 39°. Radio : image suspendue para-hilaire, pas d'ombre hydro-aérique. Le lipiodol ne révèle rien de plus.

L'état général s'aggrave.

Le 2 novembre, on commence l'alcool intra-veineux tous les deux jours. Après la quatrième injection, les hémoptysies disparaissent, l'état général s'améliore.

Le 10 novembre, suppression totale des crachats (sixième injection).

Le 29 novembre, radio : nettoyage accentué de l'ombre suspendue. La réaction para-hilaire persiste.

On arrête l'alcool le 19 décembre (22 injections, soit 216 grs 8 d'alcool à 95°).

Bon état général et local jusqu'au 9 janvier 1933, où le malade à l'occasion d'une grippe se met à cracher (125 à 175 cc. par vingt-quatre heures).

L'alcool intra-veineux est repris. 11 injections nouvelles sont faites (30, puis 50 cc. par injection).

Le 10 février, amélioration considérable des lésions. La quantité des crachats tombe à 15 cc.

Vers le 20 février, une nouvelle recrudescence des symptômes physiques et fonctionnels se produisent, qui durent jusqu'en mars 1933.

Le 6 avril, enfin, l'état général devient bon, avec une disparition complète des signes stéthoscopiques.

La radiographie montre une image para-hilaire de la grosseur d'une noisette, tandis que le reste du poumon où siégeait l'abcès ne diffère pas du côté opposé resté sain. Le malade quitte alors l'hôpital.

OBSERVATION N° 40

(In thèse GURFINKIEL, Toulouse 1933-34) (Résumé)

Suppuration pulmonaire bilatérale très ancienne avec images radiologiques très difficiles à interpréter. Probablement secondaire à une bacillose pulmonaire à type fibreux, très améliorée par les injections intra-veineuses d'alcool.

Pl. L..., 29 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 15 juillet 1933, pour toux accompagnée d'une expectoration abondante et fétide avec mauvais état général. Cette affection remonte, semble-t-il, à l'hiver 1927. Son début a été marqué par une poussée de bronchite aiguë avec une expectoration assez abondante qui dura tout l'hiver, et atteinte de l'état général. Au printemps 1927, l'affection paraît s'être améliorée. Mais dans les hivers qui suivent, des périodes d'aggravation et de rémission se succèdent. En hiver 1932, l'état du malade s'aggrave notablement. Le médecin consulté pense à une bacillose pulmonaire. L'hiver suivant, nouvelle aggravation, plus intense que les précédentes. Le malade reste alité. En été, l'état reste le même. C'est alors (juillet 1933) que le malade se fait hospitaliser. A l'examen : mauvais état général, fatigue, sueurs nocturnes. Haleine fétide, toux et expectoration abondante : 120 à 150 cc. par vingt-quatre heures. Température entre 37° et 38°2, pouls à 98, mal frappé, dépressible. Déformations des doigts en baguette de tambour. L'examen physique des poumons montre tous les signes de type caverneux disséminés dans la moitié inférieure des deux poumons (matité, souffle caverneux, râles humides avec en plus ronchus et sibilances). Plusieurs examens de crachats pratiqués n'ont jamais décelé la présence de bacille de Koch, même après homogénéisation.

Une radiographie montre une ombre peu homogène, bilatérale qui se confond partiellement avec les sinus costo-diaphragmatiques et qui remonte au-dessus de la zone hilare. Les images arrondies multiples d'interprétation assez difficile, se dessinent au milieu de cette ombre. Le 23 juillet, on commence le traitement par l'alcool : 20, puis

40, puis 50 cc. tous les deux jours. Après la quatrième injection, les crachats ont changé complètement d'aspect et de consistance, et ils ont perdu leur fétidité. Leur quantité a également diminué pour devenir nulle après la huitième injection. L'état général s'améliore rapidement. Au cours du traitement, les examens répétés ont montré que les signes cavitaires vont en diminuant au fur et à mesure qu'on continue le traitement. Au moment de la suppression du traitement, le 11 septembre, un nouvel examen radiographique montre un nettoyage notable de l'ombre occupant presque les deux tiers des deux poumons et une forte réaction du tissu scléreux concomitant. Evidemment, ce nettoyage n'est pas complet. Le malade quitte l'hôpital le 29 novembre.

Depuis, nous avons eu plusieurs fois de ses nouvelles, il continue son métier sans aucune gêne.

OBSERVATION N° 41

Recueillie dans le service de notre Maître
M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

F. B..., indigène, âgée de 42 ans, entre le 19 juin 1935, salle Maillot, pour un syndrome pulmonaire caractérisé par de la toux et une expectoration abondante.

Le début de l'affection remonte à trois mois environ. Il a été marqué par de la température qui persista environ quinze jours (mais elle n'a jamais été prise au thermomètre), par une douleur violente à droite, par de la toux pénible et quinteuse, sans aucune expectoration.

Quinze jours plus tard apparaît une hémoptysie très légère : quelques gouttes de sang rouge. Puis l'hémoptysie augmente un peu. Elle se reproduit à plusieurs reprises durant deux jours. Par la suite, tous les cinq ou six jours, la malade rejette quelques crachats sanglants le matin au réveil. A ce moment déjà, la malade n'avait plus de fièvre.

Au bout d'un mois, elle se rend à un dispensaire où elle

est examinée en scopie. On lui conseille de se faire hospitaliser, mais son mari refuse. Dix jours plus tard — c'est le quarantième jour de la maladie — la toux commence à ramener quelques crachats purulents. Ces crachats sont peu abondants les premiers jours. Mais de jour en jour, leur quantité augmente pour remplir bientôt un verre. Jamais, il n'y a eu de vomique brutale.

La malade, négligente, reste dans cet état durant deux mois. Au bout de ce temps, enfin, elle se fait hospitaliser.

L'examen montre une femme amaigrie, asthénisée, sans forces, sans aucun appétit.

L'exploration du thorax ne montre pas de voussure. Pas de matité.

Les vibrations vocales, le murmure vésiculaire sont conservés.

L'expectoration est aux environs de 120 cc. par vingt-quatre heures. Le 7 juillet, la malade est revue : on trouve à ce moment une matité sur toute la plage droite avec résistance au doigt. Cependant, à l'extrême base la sonorité normale reparait. Les vibrations sont diminuées. Le murmure vésiculaire est diminué, avec expiration soufflante, sauf à la base. Pas de souffle ni de retentissement de la voix. Pas de bruits surajoutés. En avant et à droite, on retrouve les mêmes signes : le souffle expiratoire est net au sommet et à la partie moyenne du poumon droit.

L'expectoration est toujours abondante, variant entre 120 et 180 cc. par vingt-quatre heures.

Le cœur est normal. La tension est de 10 1/2-6.

On trouve dans l'aisselle droite des ganglions petits, réguliers, mobiles, peu durs, peu nombreux. Ils sont plus rares dans l'aisselle gauche. Dans la fosse sus-claviculaire droite, on en trouve un ou deux du même type. Quelques ganglions inguinaux identiques.

Les autres appareils sont normaux, le foie en particulier est de dimension normale.

Différentes radiographies pratiquées depuis l'entrée de la malade avaient révélé l'existence d'une opacité homogène s'étendant sur les deux tiers supérieurs de la plage pulmonaire droite. Cette opacité très foncée à sa base

allait en s'éclaircissant un peu vers le haut ; de plus, en bas, cette opacité avait un contour très net à concavité supérieure.

Les réactions de laboratoire pratiquées : Weinberg et Casoni, sont négatives. Il n'y a pas d'éosinophilie sanguine. Jamais, la maladie n'a eu d'urticaire ni de prurit. La bacilloscopie est négative à plusieurs reprises. L'idée d'un cancer ne cadre pas non plus à cause de l'évolution : la masse ne subit aucun changement depuis deux mois d'observation.

Nous voyons la malade pour la première fois le 5 août 1935. Les signes fonctionnels sont toujours très marqués : l'expectoration importante, purulente, non fétide, sans variation de quantité depuis le début. La toux est fréquente, plus marquée la nuit. La malade se plaint d'un point de côté pénible à la base droite. L'état général est relativement bon. L'appétit est assez bien conservé.

Au point de vue physique, les signes sont toujours marqués en avant où l'on trouve une matité de toute la plage pulmonaire droite avec vibrations exagérées, souffle inspiratoire intense, de type tubaire. A la base on ne le trouve plus, la respiration y est très diminuée, pas de râles surajoutés.

En arrière, on retrouve les mêmes signes stéthacoustiques. Au cœur, les bruits sont bien frappés. Tension artérielle : 12-7.

Les petits ganglions n'ont subi aucun changement. Sur un cliché, la masse opaque conserve toujours ses mêmes caractères.

Le diagnostic reste imprécis : kyste hydatique infecté ou suppuration pulmonaire chronique ? ? Mais, étant donné le caractère purulent de l'expectoration, nous tentons le traitement par les injections intra-veineuses d'alcool en solution à 20 %, le 8 août 1935.

Elles sont bien supportées. Mais le 15 août, l'injection détermine des douleurs le long du bras. La malade se plaint, en outre, peu après l'injection de douleurs lombaires assez intenses de transpirations abondantes et de vertiges. Tous ces phénomènes disparaissent au bout de

cinq minutes. Le lendemain, l'alcool est à nouveau très bien toléré.

Le 11 août, une nouvelle bacilloscopie est négative. Le 30, la malade nous raconte que, la veille au soir, dans des efforts de toux, elle a rejeté plus de 300 cc. d'un liquide séreux légèrement rosé dont on n'a pas pu faire l'examen.

Ce rejet s'accompagne d'angoisse, de dyspnée, de malaise ; tous phénomènes qui disparaissent au bout d'une heure. Depuis, la malade n'a plus rejeté pareil liquide. Les crachats expectorés ont repris leur aspect purulent habituel et leur abondance.

Le 1^{er} septembre, sur les instances de son mari, la malade quitte l'hôpital.

Ainsi, nous avons pratiqué chez cette femme atteinte de suppuration pulmonaire 22 injections d'alcool à 20 %, soit 440 cc. de solution, sans que l'on ait noté une amélioration quelconque de son état général ou physique.

Observations de Dilatations des Bronches et de Bronchites

OBSERVATION N° 42

MIECZYSLAW FEJGIN, in *Presse Médicale*, 30 décembre 1931

Dilatation des bronches, poussée infectieuse jugulée par le traitement alcoolique.

Mme E. Ch..., âgée de 38 ans ; a été traitée depuis dix ans pour une toux avec expectoration purulente, mélangée parfois d'un peu de sang. Il y a deux ans, on lui a fait une phrénicectomie du côté gauche, depuis trois mois elle se trouve à l'hôpital. A l'examen, on trouve de la matité dans les deux-tiers inférieurs du poumon gauche, avec une respiration rude, parfois un souffle tubaire, un peu diminué à la base, parfois avec une nuance amphorique, surtout après la toux et de nombreux râles fins et moyens ; aux deux sommets, le murmure vésiculaire exagéré sans râles ; à la base du poumon droit, on perçoit aussi un souffle tubaire avec des râles d'un caractère identique à ceux du côté gauche. Cependant, l'état général de la malade est excellent, la coloration des téguments et des muqueuses est même un peu pléthorique, on remarque l'absence continue des bacilles de Koch dans les crachats et une température absolument normale durant le séjour de notre malade à l'hôpital. La réaction de Pirquet est positive, mais l'injection sous-cutanée de 0,2 mmgr., puis de 0,5 mmgr. de tuberculine n'a provoqué qu'une élévation de température de 0°3, la réaction locale au lieu même d'injection étant très accentuée. Une bronchographie pratiquée en collaboration avec les Docteurs SZACKI et KRYNSKI après injection dans les bronches d'iodipine à 40 % a donné une image caractéristique d'une dilatation bron-

chique sacciforme de la grosseur d'un œuf de poule dans le lobe inférieur du poumon gauche, où aboutissaient des bronches dilatées en grappes ; on voyait aussi des bronchectasies cylindriques partant du hile droit vers la base du poumon.

La malade a continué à tousser et à expectorer des crachats purulents jusqu'à 80 cc. en vingt-quatre heures. Aucun des médicaments appliqués en pareil cas n'a pu améliorer ces symptômes qui ont été bien pénibles pour la malade. J'ai décidé alors d'essayer les injections intra-veineuses d'alcool. L'effet a dépassé toutes les espérances ; déjà, après la deuxième injection, la toux avait presque complètement disparu, la quantité des crachats a diminué à 5 cc. et l'état général s'est si bien rétabli, que la malade, qui traînait depuis des mois sans amélioration sensible, a demandé elle-même à quitter le service.

OBSERVATION N° 43

Recueillie dans le Service de notre Maître

M. le Professeur Agrégé BENHAMOU

Poussée évolutive de dilatation bronchique.

J. P..., âgé de 45 ans, ébéniste, entre salle Laveran le 14 novembre 1935 pour toux et expectoration abondante avec un affaiblissement important de l'état général.

Le début remonte à dix jours environ, marqué par un point de côté douloureux, à la base du poumon gauche, augmentant lors d'un effort quelconque. Presque aussitôt, la toux apparut et ramena rapidement des crachats purulents. Selon les dires du malade, il n'aurait pas eu de fièvre durant les premiers jours. Il se soigne par des enveloppements, ventouses. Le point de côté diminue, mais l'expectoration prend une importance qu'elle n'avait jamais encore eue. La veille de l'entrée à l'hôpital, il eut même une petite vomique purulente de 150 cc. environ. Par ail-

leurs, quotidiennement, le malade rejetait 150 cc. de crachats purulents.

La fièvre (39°) apparut vers le 11 novembre. A partir de ce moment, les forces déclinerent très rapidement au point que le malade décida de se faire hospitaliser.

En ce qui concerne ses antécédents, le malade nous dit être un tousseur depuis cinq ans environ. Au moindre froid, il tousse et crache, mais jamais il ne s'en était senti autant que cette fois.

Avant ces cinq années, sa santé était excellente. Il ne signale dans son enfance ni rougeole, ni coqueluche, ni broncho-pneumonie.

A l'examen : malade amaigri, affaibli, légèrement dyspnéique.

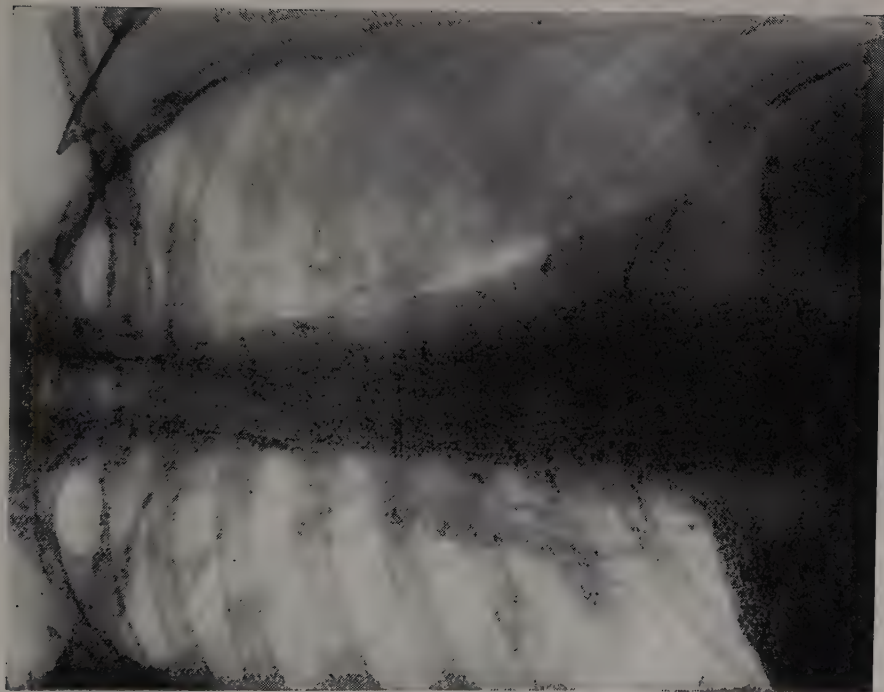
L'exploration de l'appareil pulmonaire nous révèle une matité s'étendant aux deux tiers inférieurs de la plage gauche avec vibrations augmentées, respiration soufflante et râles humides nombreux. Mêmes signes en avant. Rien à droite.

L'expectoration est purulente, verdâtre, sa quantité varie entre 130 et 150 cc. par vingt-quatre heures. La recherche de bacilles de Koch est négative, et le sera encore plusieurs fois par la suite.

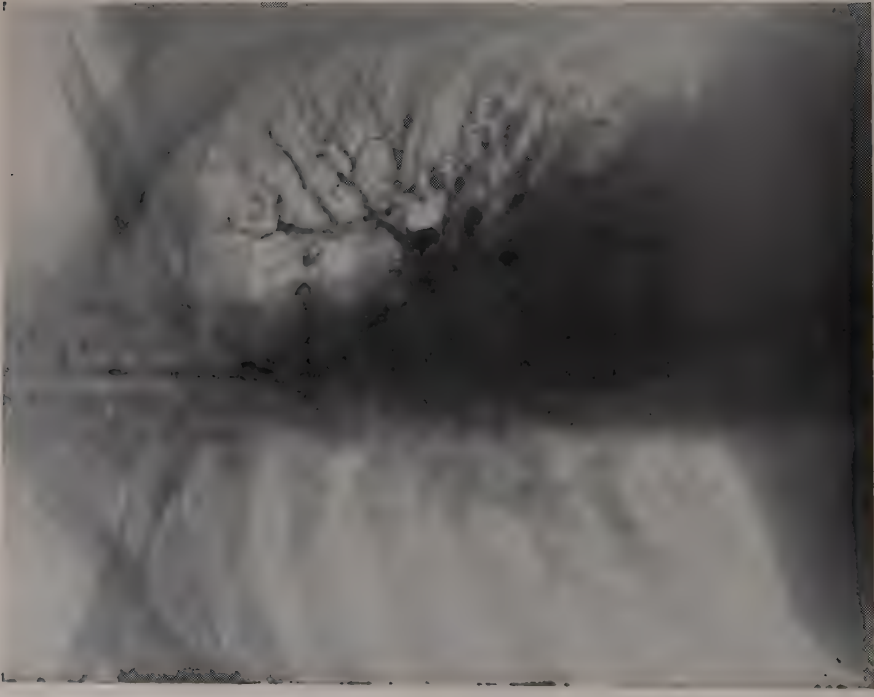
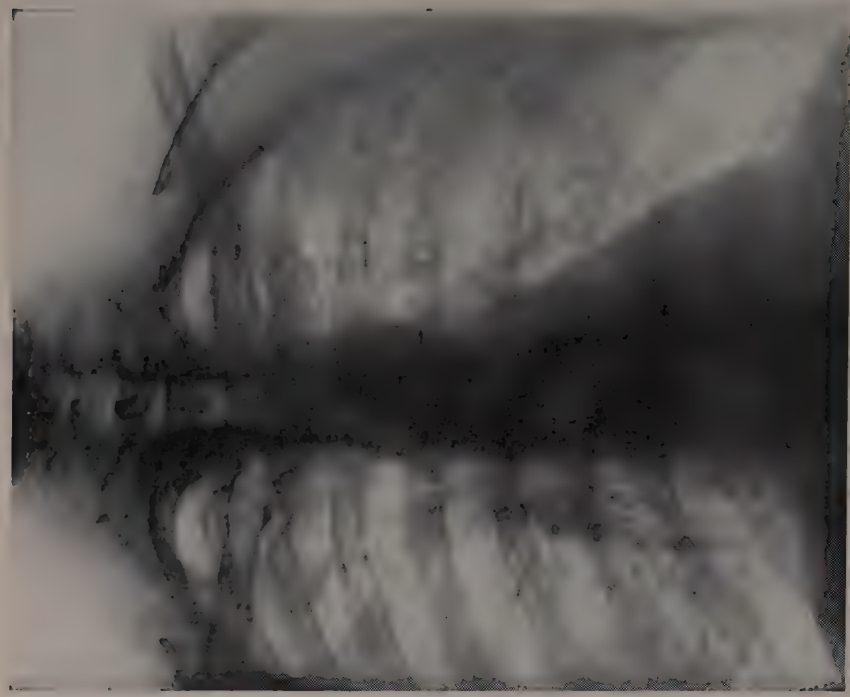
Une radiographie montre une obscurité des deux tiers inférieurs du poumon gauche, assez difficile à interpréter. Les deux régions hilaires sont chargées.

Les autres appareils sont normaux : les battements du cœur sont réguliers, bien frappés. Le foie est légèrement abaissé, mais de volume normal. A noter la forme en verre de montre des ongles des mains. On administre au malade des tonicardiaques et des anti-infectieux.

Dans les jours qui suivent, l'état reste le même. Mais un nouveau cliché radiographique nous montre maintenant au sein de l'image obscure deux à trois petites images arrondies, plus claires, images lacunaires de la dimension d'une pièce de 0.50 et sans ligne de niveau. On pense qu'il pourrait s'agir de dilatation bronchique. Et, en effet, après injection de lipiodol (7 décembre 1935), on peut



OBSERVATION N° 43 J. P...
Dilatation des Bronches.
Aspect des lésions avant le traitement.



MEME MALADE

voir une belle image de dilatation cylindrique des bronches, image en doigt de gant classique, par endroits en chapelet à gros grain.

On commence alors le traitement par les injections intra-veineuses d'alcool en solution à 20 % : 20 cc. tous les jours. Déjà, le 13 décembre, la température qui dépassait toujours 38°, atteint pour la première fois 37°. Elle va désormais osciller entre 37° et 37°9.

A partir du 18, l'expectoration diminue sensiblement et n'est plus que de 65 à 70 cc. en vingt-quatre heures.

L'amélioration suit une marche progressive.

Le 1^{er} janvier 1936, la température reste au-dessous de 37°, la toux est rare, l'expectoration atteint 15 cc. par jour, les crachats sont muqueux. L'alcool intra-veineux est continué.

Il est d'ailleurs toujours bien supporté sans même d'incidents locaux.

Le 15, l'état général est excellent. Le malade a repris un gros appétit et ses forces sont réapparues depuis une vingtaine de jours. Le malade se sent aller de mieux en mieux. Les signes fonctionnels sont discrets : toux très légère, apparaissant le matin seulement. L'expectoration a fortement regressé : 9 à 10 cc.

A l'examen physique, on trouve une submatité des deux tiers inférieurs du poumon gauche avec vibrations normales, respiration rude. Pas de souffle, des râles sous-crépitaux humides, remontent jusqu'au tiers moyen du poumon.

Rien à droite. On continue l'alcool.

A partir du 30 janvier, le malade ne rejette plus que deux à trois crachats par jour.

Le 17 février 1936 : l'état général est excellent, le malade a engraisé notablement. Aux poumons, la sonorité normale a réapparu.

La respiration est rude, scléreuse. De très rares sous-crépitaux s'entendent à la base gauche et seulement après la toux.

Le malade a reçu en tout : 76 injections intraveineuses ou intra-musculaires d'alcool à 20 %, 20 cc. chaque fois, soit en tout : 1.520 cc³ de la solution.

Une dernière radiographie montre un éclaircissement très important de l'image obscure constatée au début. Les images lacunaires ont disparu.

OBSERVATION N° 44

(Dûe à l'obligeance de notre Maître
M. le Professeur Agrégé BENHAMOU)

Dilatation congénitale des bronches compliquée de suppuration aiguë et d'hémoptysies subintrantes.

Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans qui fut pris assez brusquement de fièvre, d'hémoptysies extrêmement abondantes, puis d'une suppuration broncho-pulmonaire profuse.

Les examens directs de l'expectoration après homogénéisation, ainsi que les inoculations répétées au cobaye permirent d'affirmer l'absence de bacilles de Koch. Des radiographies faites en série, à plusieurs reprises, montrèrent toujours la même image : deux petites lignes de niveau, ainsi qu'une opacité irrégulière à la base pulmonaire droite s'étendant de deux travers de doigt du rebord costal à un travers de doigt de la masse cardiaque.

Après avoir employé sans succès tous les médicaments usuels : émétine, auto-vaccin, post-hypophyse, etc., la température et la suppuration broncho-pulmonaire persistèrent, tandis que tous les 15 à 20 jours apparaissaient de nouvelles hémoptysies. Seules, les injections d'alcool par la voie intra-veineuse ainsi que la voie intra-musculaire et sous-cutanée amenèrent rapidement et la cessation de la suppuration pulmonaire et la chute de la température. Pendant deux mois et demi, on eut pu croire à la guérison définitive. Mais cet enthousiasme fut tempéré par

la présence de la même image radiologique à la base droite.

Brusquement, de nouvelles hémoptysies survinrent, en même temps que réapparut la suppuration broncho-pulmonaire. Cette fois, l'action de l'alcool parut moins évidente sur la suppuration, mais l'amélioration de l'état général fut rapide et incontestable. Comme de nouvelles hémoptysies survinrent dans les mois suivants, le malade partit en Suisse, fut encouragé à se laisser faire un pneumothorax artificiel. Il ne semble pas, d'après les renseignements que nous avons eus, que le résultat ait été sensiblement meilleur qu'avec l'alcool, et le malade succomba brusquement après deux mois de collapsothérapie, sans que nous ayons pu avoir des détails plus complets sur les complications qui ont pu déterminer l'issue fatale.

OBSERVATION N° 45

MIECZYSLAW FEJGIN

(in *Presse Médicale*, 30 Décembre 1931)

Bronchite purulente aiguë chez un individu atteint d'emphysème, de bronchiolite chronique et de myocardite chronique.

M. C. G..., âgé de 55 ans, entre à l'hôpital le 3 avril pour une toux pénible, fièvre et forte dyspnée. Un an auparavant, le malade a eu une grippe qui a laissé une toux légère mais persistante. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital est apparue une fièvre avec dyspnée.

La toux s'est accentuée, s'accompagnant d'une expectoration purulente très abondante.

A l'examen, fièvre 38°8, pouls 104, respiration 28, tension artérielle 13,5-7. Les poumons se percutent en arrière jusqu'à la douzième côte peu mobiles ; respiration rude sur toute l'étendue des deux poumons ; à partir de l'angle de l'omoplate jusqu'aux bases on trouve des deux côtés

de nombreux râles humides. Le cœur se percute difficilement à cause d'un fort emphysème, ses bruits sont faibles à la pointe et à la base.

Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal, légèrement douloureux, la rate n'est pas palpable. L'expectoration non fétide atteint 150 cc. en vingt-quatre heures. Elle ne contient ni bacilles de Koch ni fibres élastiques. Urines normales. Dans le sang : 13.000 globules blancs.

Le traitement consistait en des injections d'huile camphrée avec strychnine et de pneumonine (transpulmine) par la voie intra-musculaire avec des cachets d'aspirine, quinine et une petite dose de digitale par voie buccale. Dans les quelques jours suivants, l'état du malade ne s'améliora guère. Les 4, 5 et 6 avril, l'expectoration était respectivement de 200, 200 et 320 cc.

Alors, vu l'inefficacité complète du traitement, j'ai commencé l'application des injections intra-veineuses d'alcool à 33 %, à raison de 10 cc. le 6 avril et 20 cc. les jours suivants.

Aussitôt, l'état du malade a changé d'une façon presque miraculeuse ; le 9 avril, après la troisième injection d'alcool, le pouls fut 88, la respiration 24, la température 36°8-37°5. L'expectoration diminua, n'atteignant plus que 120 cc. par vingt-quatre heures. Le malade se sentait beaucoup mieux. Le 10 avril, l'aspect de l'expectoration a complètement changé, au lieu d'une couleur verdâtre, purulente, elle a pris une couleur grisâtre, la consistance est devenue visiblement plus liquide, gélatiniforme, la partie purulente a considérablement diminué au profit de la partie muqueuse. On constate simultanément une forte diminution des râles.

L'évolution ultérieure de la maladie s'est déroulée sans incidents, le malade a reçu encore 12 injections d'alcool de 20 cc.

A partir du 19 avril, l'expectoration a diminué jusqu'à 20 à 30 cc. de caractère muqueux.

Le 27 avril, le malade a quitté l'hôpital en très bon état, ayant repris 2 kilogs.

OBSERVATION N° 46

MIECZYSLAW FEJGIN

(in *Presse Médicale*, 30 Décembre 1931)

Poussée d'exacerbation d'une vieille bronchite, accompagnée d'un fort emphysème et d'un début de décompensation du cœur droit (cyanose, dyspnée).

M. I. Z..., âgé de 56 ans, entre à l'hôpital le 14 avril, pour toux, dyspnée et fièvre. Depuis huit ans, il souffre d'une forte toux avec expectoration abondante. Cette toux s'est compliquée depuis quatre ans de dyspnée d'effort. Le malade fut obligé de quitter son travail et de s'aliter assez fréquemment. A l'examen, on trouve une forte cyanose de la face, pouls à 80, respiration 36, température 38°5, T.A. 12, 5-7.

Pas d'œdème. La cage thoracique fortement emphysémateuse. Percussion des poumons normale. A l'auscultation, l'inspiration rude, prolongée, l'expiration courte, à peine perceptible ; quelques râles sibilants et ronflants disséminés par ci, par là ; à la base du poumon gauche, on trouve un foyer de râles fins et moyens. Les bruits du cœur sont très sourds. Traces d'albumine dans les urines. L'expectoration muco-purulente, non fétide, atteint 35 cc. en vingt-quatre heures, sans fibres élastiques ni bacilles de Koch. L'état général du malade est gravement touché, il est très faible et abattu.

J'installe d'emblée la cure alcoolique. Le malade reçoit tous les deux jours 20 cc. d'alcool par voie intra-veineuse, deux ou trois fois par semaine une injection d'ouabaïne, étant donné les symptômes d'affaiblissement du cœur, et des cachets de diurétine additionnés de camphre et de luminal, par voie buccale. Le 17 avril, après deux injections d'alcool. et deux d'ouabaïne, on trouve à l'examen, pouls 78, respiration 28, température 36°7. La dyspnée et la toux ont beaucoup diminué, l'expectoration presque entièrement séreuse atteint 10 cc. par vingt-quatre heures. Le 23 avril, après 5 injections d'alcool et 3 d'ouabaïne, on

trouve : pouls 70, respiration 24, température 36°8, la dyspnée a disparu complètement, le malade se sent très bien. Il ne tousse presque plus, n'expectore que 5 cc. par vingt-quatre heures. Sur toute l'étendue des deux poumons, on trouve une sonorité parfois légèrement tympanique, la respiration est un peu soufflante avec quelques râles sibilants. A la base gauche, on trouve encore des râles humides très nombreux.

Le 29 avril, après deux nouvelles injections d'alcool, la guérison est complète, et le malade quitte l'hôpital dans un état excellent.

OBSERVATION N° 47

MIECZYSLAW FEJGIN

(in *Presse Médicale*, 30 Décembre 1931)

Poussée aiguë de bronchite chez un bronchiteux chronique avec début de décompensation cardiaque.

M. M. E..., âgé de 65 ans, est arrivé à l'hôpital le 22 avril pour toux avec expectoration muco-purulente, dyspnée et asthénie générale. Il tousse et crache depuis 10 ans, mais dans les derniers mois, la dyspnée s'est fortement accrue, surtout au moment des efforts ou après les repas. A l'examen, on trouve un homme de petite taille, maigre, avec un facies exténué, cyanosé ; aux poumons, une respiration soufflante aux sommets et de nombreux râles humides à la base des deux poumons ; le cœur est élargi dans son diamètre transversal (diamètre gauche : 9,0 cm. ; droit : 4,0 cm), tension artérielle 95/60 ; à l'auscultation, le premier bruit à la pointe est fortement accentué avec un léger souffle à la base : le deuxième bruit est accentué aux deux foyers. Traces d'albumine dans les urines. L'expectoration est verdâtre, presque entièrement purulente, sans odeur, sans fibres élastiques, ni bacilles de Koch, elle atteint 30 cc. par vingt-quatre heures. Température 36°7-

37°2, pouls 80, respiration 44 par minute. Le malade reçoit des cachets de diurétine, luminal et camphré, des injections sous-cutanées d'huile camphrée et de strychnine et des injections intraveineuses d'ouabaïne et d'alcool alternativement.

Le 2 mai, après 4 injections d'alcool et 2 d'ouabaïne, on trouve : pouls à 75 régulier, respiration 28, température 36°4. Toux considérablement diminuée avec expectoration atteignant 10 cc. en 24 heures, de nature mucopurulente avec prédominance du mucus.

Le 6 mai, la température est à 36°6, pouls 84, expectoration 24 cc. en vingt-quatre heures, de nature presque entièrement muqueuse, la toux a disparu à peu près complètement ainsi que la dyspnée ; aux poumons, respiration un peu rude sur toute leur étendue avec quelques râles humides à la base du poumon droit. Le poids est augmenté de 3 kilogs.

Le jour suivant, le malade se sent tout à fait bien et quitte l'hôpital sur sa propre demande.

OBSERVATION N° 48

(In thèse S. RÉGY, Toulouse, avril 1935)

Bronchite. Broncho-pneumonie à foyers disséminés.

Alcool. Guérison.

Pierre..., 4 ans, est à l'hôpital depuis deux mois pour paralysie infantile, dans le service de M. le Professeur CRUCHET. Sa température, après un écart de quelques jours, provoqué par la réaction au sérum de Petit, se maintient en plateau aux environs de 37°5 jusqu'au 29 avril 1934. A ce moment, elle amorce une légère ascension qui s'accuse les jours suivants sans signes pulmonaires autres que des râles de bronchite disséminés. Le 2 mai, la température est à 40°, le pouls à 120. A l'auscultation, on constate deux ou trois foyers de râles, surtout à droite.

On entreprend aussitôt les injections d'alcool à raison de 5 cc. par jour pendant six jours. Dès la troisième, la température s'abaisse à $37^{\circ}4$, dessine ensuite quelques oscillations qui ne dépassent pas 38° . Au bout d'une semaine, tout est dans l'ordre. Cet épisode congestif a cédé à l'alcool intraveineux et à la révulsion.

Observations de Pneumopathies aiguës

OBSERVATION N° 49

ANASTAZY LANDAU et STANISLAS KAMINER

(In *Presse Médicale*, 10 Août 1932)

Broncho-pneumonie purulente miliaire d'origine grippale.

Ouvrier de 20 ans, arrivé dans le service le 28 avril 1930, le douzième jour de sa maladie. La fièvre oscillait jusqu'à 39°, l'expectoration purulente atteignait 200 cc. par jour, l'analyse du sang révélait une leucocytose sanguine de 21.000, dont 91 % de neutrophiles sans éosinophiles. L'auscultation et la percussion montraient une matité étendue à la base du poumon droit et sur une grande largeur au poumon gauche. A l'endroit de la matité, on constate la respiration bronchique diffuse avec de nombreux râles petits et moyens. La radiographie (Docteur WERKENTHIN) montre de nombreux foyers pâles à formes de taches confluentes, situées pour la plupart à la partie supérieure et inférieure du poumon gauche et à la base du poumon droit. On pose le diagnostic de broncho-pneumonie purulente miliaire d'origine grippale.

Pendant les trois premiers jours, l'état du malade reste grave, avec un pouls de 120 et 40 respirations à la minute, malgré le traitement symptomatique habituel, la quantité de crachats et les signes stéthacoustiques ne s'amélioraient pas. Le 1^{er} mai 1930, on a ajouté au traitement précédent des injections intra-veineuses d'alcool à 33 %, 25 cc. par jour. Après 3 injections, la quantité de crachats purulents diminua de moitié. La température baissait lentement, 9 jours après l'application de l'alcool le malade n'avait plus de fièvre. La quantité de crachats transformés en muco-purulents tombait à 20 cc., la leucocytose baissait à 11.000 (78 % de N.).

A l'auscultation, on ne trouvait que quelques râles fins

à la base des poumons. A la radioscopie (9 mai), on constata la disparition des foyers, on ne voyait qu'un léger obscurcissement de l'angle cardio-diaphragmatique droit, dépendant probablement de l'épaississement de la plèvre.

OBSERVATION N° 50

AN. LANDAU et STANISLAS KAMINER
(In *Presse Médicale*, 10 Août 1932).

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire .

Z. Z..., malade de 35 ans, arrivée au service le cinquième jour de la maladie. La fièvre atteignait 39°6, le pouls était petit, à 120, avec 36 respirations à la minute. L'auscultation et la percussion révélaient de la matité et de nombreux râles humides fins et moyens à la base des poumons. La quantité des crachats purulents s'élevait à 200 cc. par jour. La leucocytose était de 21.000 dont 90 % de N.

On posa le diagnostic d'une inflammation pulmonaire péri-bronchique étendue. La radiographie a montré en plus une ombre homogène dans le lobe moyen droit (broncho-pneumonie pseudo-lobaire).

Pendant les quatre premiers jours du séjour de la malade dans le service, son état fut très grave, les signes généraux ainsi que ceux du côté des poumons ne présentaient aucune amélioration. Le cinquième jour, on commença les injections intra-veineuses d'alcool, au total 6. Après un alitement de trois semaines, les signes stéthoscopiques ont complètement disparu et la malade a quitté l'hôpital.

OBSERVATION N° 51

E. AZERAD et Gilbert DREYFUS
(In *l'Hôpital A*, Mars 1933)

Pneumonie avec œdème chez un éthylique.

Le malade, marchand forain, âgé de 41 ans, entre à

l'Hôtel-Dieu le 22 novembre, au sixième jour d'une affection qui a débuté brusquement par un point de côté droit, des frissons répétés de la dyspnée et une élévation thermique à 39°. Mais au matin du quatrième jour, une sorte de rémission s'est produite, avec chute thermique, sueurs et surtout sensation de mieux être indéfinissable. Le cinquième jour au soir, la température remonte de nouveau. La dyspnée reparait, accompagnée de vagues douleurs dans l'hémithorax droit. Lors de son entrée à l'hôpital, l'état général paraît très touché : facies vultueux, coloration jaune des conjonctives, épistaxis, sub-délire, gros foie, et hypotension marquée. La fièvre est à 40°. L'examen révèle un gros foyer de condensation à la partie moyenne du poumon droit : matité, gros souffle tubaire aux deux temps, râles fins sous-crépitants au sommet de l'inspiration et au début de l'expiration, bronchophonie et retentissement de la toux. L'expectoration est visqueuse, franchement sanglante. On porte le diagnostic de pneumonie avec œdème chez un éthylique. On institue le traitement classique par la révulsion, les toniques généraux, les calmants et les expectorants. Etant donné la phase déjà avancée de l'évolution, on discute l'utilité de l'alcoolothérapie. La gravité de l'état général fait qu'on ne veut pas se résoudre à priver le malade du bénéfice, même hypothétique, de cette thérapeutique. On injecte donc aussitôt dans une veine du pli du coude 20 cc. de la solution à 33 %. Le lendemain, la température s'effondre à 37°5. On pense alors qu'il s'agit de la défervescence spontanée et on suspend les injections. Le soir même, la fièvre reprend et persiste le lendemain au moment de la visite.

A l'auscultation, on perçoit au-dessous du foyer de condensation toujours existant, vers la base du thorax, un souffle expiratoire et très discret. Malgré la persistance des vibrations, on conclut à l'existence d'une lame de liquide, ce que confirme la ponction exploratrice. Le liquide retiré est louche, riche en polynucléaires altérés et en cocci divers. On reprend alors les injections intra-veineuses d'alcool et, au bout de quarante-huit heures, se produit une nouvelle défervescence, cette fois définitive.

OBSERVATION N° 52

VIRENQUE

(In *Progrès Médical*, 7 Octobre 1935)

Pneumonie à la phase d'hépatisation grise.

Traitement par l'alcool. Guérison.

Antoinette O..., âgée de 65 ans, entre le 21 octobre 1932, à la salle Sainte-Germaine, parce que, quatre jours auparavant, elle a été prise de grands frissons, d'un point de côté et de fièvre.

A l'examen, la malade est très dyspnéique, la toux est sèche et ne ramène que quelques rares crachats rouillés. A la base gauche, il y a de la matité, de la diminution des vibrations, le murmure vésiculaire à peu près aboli ; sur la partie moyenne du poumon, on entend un souffle léger, à tendance inspiratoire, il existe de la bronchophonie. De plus, la langue est sèche, la fièvre atteint 39°, le cœur est tachycardiaque. Du délire, de la diarrhée, des urines rares et foncées complètent le tableau clinique.

A la radiographie, nous trouvons une ombre homogène s'étendant à toute la base gauche et se terminant à la partie moyenne sans ligne nette. La ponction exploratrice faite en pleine opacité ne ramène aucun liquide. La fièvre se maintient en plateau à 38°5 pendant une semaine. Le 1^{er} novembre, se produit une chute de la température à 37°, mais le soir nouvelle ascension à 39°. La courbe affecte alors un type en clochers caractéristique. La malade maigrit, jaunit, délire ; elle expectore tous les jours un ou deux crachats purulents, le foyer se ramollit. On pratique alors l'alcool intra-veineux au tiers : 10 cc., 15 cc. en tout dix injections faites tous les deux jours.

Dès la première alcoolisation, l'amélioration est manifeste, la température ne monte plus le soir qu'à 38°5, le pouls est mieux frappé.

La guérison se poursuit jusqu'à la fin du mois de novembre ; à ce moment, la température est devenue normale,

l'état général est bon, et à la radiographie la base gauche est parfaitement claire.

La malade reste encore en observation pendant un mois dans le service ; elle le quitte enfin complètement rétablie.

OBSERVATION N° 53

(In thèse RÉGY, Avril 1935)

Broncho-pneumonie gauche, Pleurésie, Pleurotomie.

Alcool au $\frac{1}{2}$ 75 cc. Guérison.

Le 13 mai 1934, Catherine..., 3 ans, fébrile depuis quelques jours, présente une température de 40° et le pouls à 150. Elle est profondément marquée de rachitisme et son état général est extrêmement précaire. L'examen attentif des symptômes permet de poser le diagnostic de broncho-pneumonie gauche que l'on traite aussitôt par des enveloppements sinapisés et du solucamphre. Le 16 mai, soit trois jours après le début des accidents, elle reçoit une première injection intra-veineuse de 5 cc. d'alcool à 33 %. À partir du 17 mai, on pratique 7 injections de 10 cc. d'alcool à raison d'une par jour, exception faite d'un repos de deux jours motivé par l'apparition d'une varicelle. La température qui évolue par poussées successives décroît jusqu'à 38° à la fin du traitement alcoolique. À noter que les deux dernières injections ont été pratiquées après l'éruption de la varicelle. La régression des symptômes traîne, la fièvre s'allume à nouveau ; un syndrome pleural s'établit qui motive le 4 juin une ponction exploratrice. Le pus verdâtre contient « des diplocoques » lancéolés, encapsulés, Gram positif du type pneumocoque. L'ensemencement découvre des pneumocoques. Cette pleurésie nécessite une pleurotomie le 8 juin, d'où résultera la guérison lointaine. Cette petite malade a donc reçu sans le moindre malaise 75 cc. de la solution alcoolique au $\frac{1}{2}$.

OBSERVATION N° 54

(In thèse S. RÉGY)

Pneumonie gauche. 4 injections de 10 cc. d'alcool au $\frac{1}{3}$.

Guérison.

Pierrette C..., 6 ans, est prise brusquement de frissons, présente des vomissements et se met à tousser. L'enfant, très fatiguée, reste au lit. Devant la persistance et même l'aggravation de son état, elle est amenée six jours après le début de la maladie, dans le service de M. le Professeur CRUCHET. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux ; elle a été, de plus, nourrie au sein. Il y a deux ans, elle a eu la coqueluche compliquée de broncho-pneumonie, il y a un an, la varicelle, et il y a un mois à peine une otite. A son entrée, la température est à 39°, le pouls à 140. La langue est saburrale et sèche. L'enfant paraît très fatiguée, avec un facies infecté. Elle tousse beaucoup, présente une polypnée très marquée avec battements des ailes du nez et inversion du rythme.

A l'examen, on constate que l'enfant a le corps arqué latéralement du côté gauche. La matité s'étend à tout l'hémithorax gauche. A l'auscultation on perçoit, en arrière un souffle tubaire au niveau du tiers supérieur du poumon gauche avec des râles crépitants et sous-crépitanants, dans la partie inférieure de ce même poumon. Le pouls est rapide, mais bien frappé. La rate n'est pas perceptible et le système ganglionnaire est normal. Il y a 3 grs 10 de glucose dans l'urine.

Le traitement, indépendamment de la révulsion et du solucamphre à la dose de 7 cc. par jour, comprend les injections quotidiennes de 10 cc. d'alcool intra-veineux. Dès la troisième ponction, la température tombe à 38°, reste subfébrile entre 37°5 et 38° pendant une quinzaine de jours sur la fin desquels on pratique alors des injections d'eucalyptine.

La petite malade sort guérie le 1^{er} juin. Elle a reçu en tout 4 injections de 10 cc. d'alcool à 33 %.

OBSERVATION N° 55

(In thèse S. RÉGY)

Broncho-pneumonie (2 foyers) après coqueluche. Rachitisme.

Alcool : 5 injections de 10 cc. de solution au $\frac{1}{2}$. Mort.

Robert..., entre le 5 mai 1934 dans le service de M. le Professeur CRUCHET pour coqueluche. C'est un enfant de 21 mois qui en paraît 8 ou 10. Il est profondément marqué de rachitisme, ne marche pas, ne commence pas à parler. Sa fontanelle est encore largement ouverte. Pendant huit jours, la coqueluche évolue d'une façon normale avec quinte et reprise caractéristique sous une température ne dépassant pas 38°. On administre alors 6 piqûres de Néo-Dmétys. Vers le 13 mai, la température fait un crochet à 39°, mais retombe le lendemain. Cependant, les quintes semblent avoir diminué. L'enfant est un peu oppressé. Le 16, la température remonte à 39°. La gêne respiratoire augmente, le visage est pâle, un peu cyanotique, les ailes du nez battent vivement. La poitrine est soulevée par une respiration très rapide. La percussion ne révèle pas de diminution notable de la sonorité, mais on perçoit à l'auscultation l'affaiblissement du murmure vésiculaire, surtout à gauche. Sur toute l'étendue des champs pulmonaires, on entend de nombreux râles ronflants et sifflants disséminés : à la base droite, quelques sous-crépitants. Le pouls est très rapide, mais non irrégulier. Dès le 17 mai, on pratique pendant trois jours une injection intra-veineuse d'alcool à 33 % par ponction sinusale à travers la fontanelle béante concurremment à une thérapeutique intense : bains sinapisés, éther, solu-camphre, ouabaïne. La température descend progressivement à 38° jusqu'au 22 mai, où elle amorce une ascension. Le 23, on découvre un deuxième foyer broncho-pneumonique qui emporte le petit malade deux jours après, malgré 2 nouvelles injections d'alcool.

OBSERVATION N° 56

(In thèse S. RÉGY, Avril 1935)

Broncho-pneumonie à foyers successifs. Echec de l'alcool et des autres thérapeutiques instituées.

Renée, 23 mois, extrêmement rachitique, est en traitement pour une fracture de la jambe droite. Le 8 mai, on enlève l'appareil plâtré. Dans le courant de ce même jour, la température s'élève brusquement de 37° à 40°.

Dès ce moment, elle dessine des oscillations quotidiennes profondes, le maximum voisinant 39°5, qui ne cèdent ni aux bains, ni aux enveloppements. Il s'agit d'une congestion pulmonaire droite avec forte hyperthermie qui s'annonce particulièrement menaçante. Le 15 mai, on associe à toutes les médications classiques, les injections d'alcool à 33 % à raison de 10 cc. par jour, pendant neuf jours. La température, le pouls et la respiration dessinent trois courbes parallèles qui s'inclinent progressivement vers la normale.

Tout semble fini depuis une semaine environ, quand le 2 juin s'allume un nouveau foyer broncho-pneumonique à la base droite avec la même symptomatologie. Le 5 juin, on recommence les injections d'alcool, 8 cc. par jour, pendant 5 jours et l'on pratique deux injections de 10 cc. de sang. Ce deuxième épisode semblait s'effacer quand, le 15 juin, le sommet droit est atteint à son tour ; le 25, c'est la base gauche. La mort survient le 4 juillet. Les deux premiers accidents ont été traités par l'alcool. Les injections sont faites par voie sinusale et les doses administrées sont la première fois 20 cc., la deuxième fois 40 cc.; sans qu'il y ait jamais eu d'accidents divers ni de glycosurie. A noter ici, l'abondance des moyens mis en œuvre : bains sinapisés, bains tièdes, enveloppements, lavements froids, vaccins de toutes sortes, solucamphre, ouabaïne, strychnine, injection de sang, abcès de fixation, anti-infectieux divers,

OBSERVATION N° 57

(In thèse GURFINKIEL, 1934)

P. L..., 50 ans, entre à l'hôpital le 28 janvier 1933. Le début de l'affection remonte à une quinzaine de jours et a commencé par de l'asthénie, courbatures, douleurs articulaires et lombaires, perte d'appétit, toux et expectoration abondante. Ce tableau brusque du début s'atténue au bout de quelques jours, mais le malade garde toujours une fatigue générale et de la toux avec une expectoration assez abondante.

Bien qu'à son entrée à l'hôpital, sa température ne soit que de 38°8, le malade présente un état général très grave, pouls à 120, petit, mal frappé, cyanose accentuée des extrémités et de la face, extrémités froides et couvertes de sueurs froides. Respiration 48-50 avec orthopnée, toux fréquente et pénible avec des crachats purulents.

La percussion de la face postérieure du thorax donne presque une matité totale de tout le poumon avec résistance au doigt ; à l'auscultation, on a des râles crépitants et sous-crépitanants disséminés dans le poumon, respiration soufflante, modification de la voix et de la toux, par moment on entend également un souffle peu caractéristique qui n'a pas le timbre du souffle tubaire. Les bruits du cœur sont très assourdis. Le foie est gros, douloureux. T.A. : 12,7-5.

À l'entrée, on lui fait une saignée, des révulsifs, un abcès de fixation (sans résultat) ; de plus, on lui donne de la digitaline. Le lendemain, aucune amélioration, au contraire, la température monte à 39°3, la respiration est plus fréquente avec orthopnée, cyanose intense.

On fait alors une injection intra-veineuse d'alcool à 33 % de 20 cc. et on continue pendant les quatre jours suivants une injection quotidienne de 40 cc. (au total, 180 cc. de la solution ou 59 cc. 4 d'alcool à 95°).

Bien que la fièvre ait persisté encore jusqu'au 5 février et se soit maintenue entre 38°5 et 40°, l'état général du malade s'améliore sensiblement : la cyanose et la dyspnée

ont disparu, le pouls est devenu de plus en plus ample, moins fréquent, plein et bien frappé.

Les crachats ont diminué également. Un examen radioscopique pratiqué le 7 février montre une exagération des ombres hilaires, le sommet gauche voilé et ne s'éclaircissant pas à la toux, cette ombre homogène s'étend à la région sous-claviculaire.

La convalescence fut d'une rapidité surprenante et le malade quitta le service le 15 février complètement rétabli.

OBSERVATION N° 58

(In thèse GURFINKIEL)

Condensation de la base droite avec bronchite généralisée.

M^{me} V. D..., âgée de 73 ans, est amenée le 29 janvier 1933, à la salle Sainte-Marie, pour gêne respiratoire avec cyanose intense.

La malade aurait eu, il y a une vingtaine de jours, une grippe qui l'alita. Au bout de quelques jours, elle quitta son lit quand les phénomènes généraux se furent apaisés, mais la toux continuait et devenait plus pénible, accompagnée d'une expectoration abondante puis une cyanose progressive s'installait. C'est quand ce syndrome s'établit, qu'on amena la malade à l'hôpital. A son entrée, la malade est fortement dysnéique (42-45 respirations à la minute), cyanose intense, toux fréquente, expectoration purulente, pouls mal frappé à 96, langue sèche, fièvre entre 38°8 et 39°4.

A l'examen physique du thorax, on trouve de la matité de la base droite avec résistance au doigt et une exagération des vibrations thoraciques avec un foyer de râles crépitants fins, sans souffle. A la moitié supérieure du poumon, légère submatité, de gros ronchus et des sibi-

lances. A gauche, quelques sous-crépitanls à la base, des ronchus et sibilances partout.

Bruits du cœur très assourdis, tendance à l'égalisation des deux silences. T.A. : 12-7.

Etat général grave, la malade est abattue, par moments, présente de l'excitation et des hallucinations avec du délire.

La langue est sèche, couverte d'un enduit fuligineux, urines diminuées de quantité, épaisses, trace d'albumine, pas de sucre.

Ce syndrome fait poser le diagnostic de condensation de la base droite avec bronchite généralisée. Dès son entrée, la malade a reçu une injection d'alcool de 20 cc. avec tous les soins cardiaques, digitaline au millième, 10 gouttes par jour pendant huit jours, huile camphrée, sérum glucosé, boissons chaudes alcoolisées, révulsifs, enveloppements alcoolisés. Nous lui continuons les injections pendant six jours avec les doses suivantes : 25, 30, 40, 40, 40 cc.

L'état général s'améliore, les signes généraux disparaissent petit à petit. Les signes physiques changent également : disparition des signes de condensation, les signes bronchitiques diminuent. Le cœur reprend sa vigueur. Le malade quitte l'hôpital le 27 février.

OBSERVATION N° 59

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Pneumonie droite avec gros épanchement pleural.

M. E..., 62 ans, arrive à l'Asile le 11 décembre 1933, après un séjour de deux semaines à Bichat pour bronchite chronique.

Le lendemain, il est mis à l'infirmerie pour température élevée à 39°. La dyspnée, le facies cyanosé, l'abondante expectoration rouillée attirent l'attention sur l'appareil respiratoire.

A l'examen pulmonaire, on trouve une matité franche de la base droite remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate avec abolition des vibrations. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est aboli dans toute la zone de matité, au-dessus on entend un souffle tubaire sans râles.

Le cœur est sourd, rapide et irrégulier, la tension artérielle basse $9\frac{1}{2}$ - $5\frac{1}{2}$ au Vaquez, les urines sont rares, albumineuses ; les crachats sont abondants, épais, rouillés et franchement purulents.

L'état général est très altéré.

On pose le diagnostic de pneumonie avec réaction pleurale.

On fait une injection de vaccin de Minet, le soir 10 cc. de Diénol intra-veineux.

Le lendemain et le surlendemain, état stationnaire. Pas de modification des signes pulmonaires. La température oscille entre 39° et 40° .

Une ponction exploratrice faite à la base droite ramène un peu de liquide clair, amicrobien à l'examen direct.

L'analyse des crachats montre : nombreux pneumocoques et flore microbienne abondante et variée. On continue pendant ces deux jours, le Diénol à la dose quotidienne de 10 cc. en injection intra-veineuse.

Le 15 décembre au soir, brusque aggravation de l'état général.

Le 16 décembre aucune amélioration, le malade est dans un état de prostration extrême. Les signes pulmonaires sont modifiés : le souffle a perdu de sa rudesse, la matité augmente, traduisant un épanchement pleural abondant. Toujours pas de râles. En désespoir de cause, on décide de faire une injection intra-veineuse de 3 cc. d'une solution d'alcool à 33 % dans l'eau distillée. Amélioration rapide de l'état général, les heures mêmes qui suivent l'injection. Le malade sort de sa torpeur, le pouls se régularise. La température se maintient encore à 39° .

Le 18, la température tombe à la normale, l'état général est très satisfaisant. Devant la persistance de l'épanchement, on fait une ponction évacuatrice : 600 c. d'un liquide clair.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 38°. Le malade se sent beaucoup mieux. A l'auscultation souffle léger à timbre pleurétique sans râles. On arrête les injections d'alcool le 18.

Les 26 et 27 décembre, la température semblant remonter on fait deux nouvelles injections de 3 cc. Le 29, on évacue encore 600 cc. de liquide pleural.

La température se stabilise au-dessous de 37°5 et, un mois plus tard, le malade quitte l'infirmierie complètement guéri.

OBSERVATION N° 60

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Pneumonie de la base gauche.

M. C..., âgé de 47 ans, employé de bureau, arrive en convalescence à l'Asile le 18 décembre 1933, venant de l'hôpital Cochin où il avait été hospitalisé vingt-six jours, pour ulcères variqueux aux jambes.

Le 27 dans l'après-midi, le malade a éprouvé un violent frisson avec céphalée et courbatures. Il est immédiatement envoyé à l'infirmierie, sa température est de 39°2. L'examen pratiqué le lendemain nous montre un malade abattu, très dyspnéique, avec les pommettes rouges se plaignant d'un point de côté sous le mamelon gauche. Au point de vue pulmonaire, on trouve : diminution des vibrations à la base gauche, avec matité franche remontant à l'union des tiers moyen et supérieur. A l'auscultation : disparition du murmure vésiculaire à la base, au tiers moyen, on entend un gros souffle, plus expiratoire qu'inspiratoire, avec quelques râles crépitants fins apparaissant seulement après la toux. Pas de bronchophonie.

Le cœur est rapide sans lésion orificielle, le pouls à 100, bien frappé, la tension artérielle au Vaquez est de 10 cc. de solution d'alcool à 33 %, que l'on poursuit le 12 11-7.

Les urines sont rares, non albumineuses. Les crachats sont épais, purulents et légèrement rouillés.

Un examen microscopique montre une flore microbienne très abondante : streptocoques, micrococci catarrhalis et nombreux pneumocoques.

Le 29 décembre, l'état général du malade est très altéré. On fait immédiatement une première injection intra-veineuse de 3 cc. d'une solution d'alcool à 33 %. La température de 39°3 le matin, monte à 40°3 le soir.

Le 30, la température est tombée à 37°6, l'état général est très amélioré, mais pas de modifications des signes d'auscultation.

Le 30 et le 31, on injecte 3 cc. d'alcool. Le 1^{er} janvier 1934, la température est normale, l'état général très amélioré, on arrête l'alcool.

Le 5, poussée congestive à la base droite, le malade est dyspnéique, son état général est aggravé. On reprend les injections d'alcool à la dose de 4 cc., que l'on fait jusqu'au 13 janvier.

La température descend en lysis pour se maintenir entre 37° et 38° à partir du cinquième jour de cette poussée. En même temps, l'état général s'améliore progressivement, l'expectoration est devenue normale, le souffle tubaire diminue d'intensité mais persistera encore pendant une quinzaine de jours.

Un dernier examen radioscopique fait le 6 février montre un nettoyage presque complet, il persiste seulement quelques nodules opaques.

A ce moment, la température est normale et les signes pulmonaires ont complètement disparu.

OBSERVATION N° 61

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Broncho-pneumonie.

et le 13. Le 14 janvier, la température n'est plus que de 38°2, le malade se sent beaucoup mieux, les râles sont

M. G..., âgé de 51 ans, jardinier, a été hospitalisé à Laënnec pendant un mois pour une poussée de bronchite avec grande oppression. Pendant son séjour à l'hôpital, il a été opéré d'une hernie ombilicale.

Il vient en convalescence à l'Asile, le 29 décembre.

A l'examen d'entrée, malade amaigri, faible, encore un peu oppressé ; atteint de bronchite chronique depuis la guerre, pour laquelle il est pensionné à 40 %. Depuis une dizaine d'années, il a des crises d'asthme survenant surtout aux périodes humides.

Au point de vue pulmonaire, on trouve de nombreux râles ronflants et sibilants dans les deux poumons. Les bruits du cœur sont assourdis.

Le 5 janvier, il est mis à l'infirmerie pour une violente crise d'asthme qui est calmée par une injection d'évamine, mais les jours suivants il est encore oppressé.

Le 9 janvier, dans la matinée, il est pris de violents frissons avec une douleur au côté droit, et d'une vive dyspnée, sa température est de 40°.

A l'examen, on ne trouve rien. On fait une injection intra-veineuse de Diénol.

Le 10 janvier, température : 39°5, mauvais état général, pommettes rouges, langue saburrale, sèche, point de côté plus violent que la veille, dyspnée vive, haleine fétide.

A l'examen pulmonaire, on trouve une légère submatité de la base droite avec exagération des vibrations. A l'auscultation, nombreux râles de bronchite dans les deux poumons et à la partie moyenne du droit une zone un peu soufflante avec quelques râles bulleux, surtout à la fin de l'inspiration. Le pouls régulier bat à 110, la tension artérielle est de 12-7. Les urines sont rares, foncées, sans albumine. Les crachats épais, de couleur verdâtre sont abondants.

Le soir, on entend un souffle tubaire mais rude. Les râles bulleux occupent le tiers inférieur du poumon droit.

Le malade passe une nuit agitée avec délire. Le lendemain 11 janvier, la température est de 40°, le pouls irrégulier, les crachats rouillés. L'état général est altéré.

On pratique une première injection intra-veineuse de

moins nombreux, le souffle a diminué. Les 14, 15 et 16 janvier, on injecte 40 cc. d'alcool. Le lendemain et les jours suivants, la température est normale à 37°, les râles diminuent rapidement pour disparaître en quelques jours.

Un examen radioscopique fait le 20 janvier montre une opacité de la base droite. Un deuxième examen fait le 2 février montre la même image, mais très diminuée.

Le malade est sorti de l'Asile, une huitaine de jours plus tard ayant engraisé de plusieurs kilos et allant très bien.

OBSERVATION N° 62

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire droite avec atteinte pleurale.

M. T..., âgé de 54 ans, entre à l'Asile le 17 janvier 1934, en convalescence de bronchite et emphysème pour lesquels il a été hospitalisé dix jours à Lariboisière.

Le 3 février, il est mis à l'infirmerie pour frissons, courbature, céphalée et température élevée.

A l'examen, le malade est agité, très dyspnéique avec une respiration ronflante, facies d'infecté ; herpès labial, pommettes rouges, langue saburrale et sèche, toux avec crachats purulents, sa température est de 40°2. Aux poumons, on trouve simplement une légère submatité de la base droite sans modification des signes observés à son arrivée. Le pouls est rapide mais régulier, les urines sont rares, foncées, légèrement albumineuses, la tension artérielle est basse 9½ - 6½ au Vaquez. Le 4 février, le malade est moins courbaturé, sa température n'est plus que de 38°5. Aucun changement à l'auscultation. Le 5 février, la température reste stationnaire à 38°7 le matin, mais le soir elle monte à 39°9.

Le malade se plaint d'un léger point de côté droit.

A l'examen pulmonaire, on trouve : matité du tiers inférieur du poumon droit, mais les vibrations sont normales.

A l'auscultation, léger souffle rude au tiers moyen du poumon avec quelques râles fins à l'inspiration ; à la base, diminution très nette du murmure vésiculaire. L'état général est très altéré, pouls rapide, irrégulier, langue très sèche, saburrale. Les crachats sont épais, rouillés à l'examen microscopique, on trouve de nombreux pneumocoques.

On diagnostique une broncho-pneumonie pseudo-lobaire droite.

On fait une première injection intra-veineuse de 10 cc. d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/00. Au début de l'injection, le malade sent une légère douleur à l'épaule, mais la fin est complètement indolore. Les injections sont poursuivies jusqu'au 14 en augmentant jusqu'à 40 cc.

Le 6 février, l'état général est moins mauvais, le pouls moins rapide et régulier, la température est descendue à 38°5, les crachats sont moins épais.

A l'examen, matité franche de la base droite avec diminution de vibrations. Le souffle a augmenté d'intensité, les râles sont plus nombreux et plus humides.

On fait une ponction exploratrice qui est négative.

Le 10 février, l'état général s'est aggravé, le malade a passé une mauvaise nuit, le pouls est rapide, faible, irrégulier, la langue rôtie, les lèvres desséchées, la température est de 39°.

A la palpation, les vibrations sont abolies à la base droite. A l'auscultation, on entend toujours un souffle rude à la partie moyenne du poumon et un foyer de râles humides avec de la bronchophonie. On fait une deuxième ponction exploratrice, on retire un liquide un peu louche, légèrement verdâtre. A l'examen microscopique : pas de microbes, mais leucocytes pâles et mononucléaires. L'après-midi le malade se sent mieux, sa langue n'est plus rôtie, son pouls régulier.

Le 11 février, l'état général est très amélioré, la nuit a été calme.

Le 13 février, la température se maintient au-dessous de 38°, l'amélioration continue, le malade demande à manger.

Le 14 février, la température est presque normale. Au point de vue pulmonaire, on trouve simplement une respiration soufflante à la partie moyenne du poumon droit avec quelques râles humides. La matité à la base diminue.

On fait péniblement une injection de 20 cc. de la solution d'alcool. Le 15 février, la fièvre est remontée à 39°, le malade se plaint d'une violente céphalée. Au point de vue pulmonaire, on ne trouve rien de nouveau, il est impossible de faire une nouvelle injection d'alcool.

Le 18 février : apparition d'une plaque d'érysipèle sur la joue gauche. Le lendemain, la plaque s'étend sur la moitié gauche de la face. A ce moment, presque plus rien au point de vue pulmonaire. Le malade est dirigé le 19 février sur l'hôpital Claude-Bernard.

OBSERVATION N° 63

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Broncho-pneumonie bilatérale avec épanchement pleural.

M. L..., âgé de 26 ans, triporteur, arrive le 26 janvier à l'Asile en convalescence de grippe pour laquelle il a été hospitalisé dix jours à l'hôpital Amboise-Paré.

Le 27 janvier au matin, il est pris de violents frissons avec céphalée et courbature. Il est mis immédiatement à l'infirmerie, sa température est de 39°. A l'examen, malade très dyspnéique, facies rouge, sueurs abondantes. Au point de vue pulmonaire, on note : vibrations un peu diminuées à la base droite, percussion douloureuse à droite avec submatité à la base. A l'auscultation, une légère diminution du murmure vésiculaire à la base, sans souffle ni râles.

Le pouls est régulier, rapide 110, la tension au Vaquez est de 14-8, les urines sont rares, foncées, l'expectoration est difficile, peu abondante. Le soir, la température est montée à 40°6.

Le malade est dans un très mauvais état général, très

dyspnéique, il se plaint d'un point de côté droit, sa transpiration est très abondante. Il passe une nuit agitée avec délire.

Le 28 janvier, température 41°, violent point de côté droit, dyspnée intense, herpès labial, pommettes rouges, délire, tout le tableau clinique d'une pneumopathie aiguë grave.

A l'examen, on trouve au tiers moyen du poumon droit une zone légèrement soufflante avec quelques râles crépitants fins apparaissant seulement après la toux.

L'expectoration est peu abondante mais rouillée, le pouls est rapide, irrégulier. On décide de faire une première injection intra-veineuse de 10 cc. d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/00 (solution de Merle et Gurfinkiel.)

L'injection faite lentement est douloureuse.

L'après-midi, amélioration de l'état général, le malade quoique toujours agité ne délire plus, son pouls est régulier.

Le 29 janvier : après une nuit calme, il se sent beaucoup mieux, sa température est tombée à 37°8, il est moins dyspnéique, mais se plaint toujours d'un point de côté aussi violent que la veille. Aucun changement au point de vue pulmonaire. Deuxième injection de 15 cc. de la solution d'alcool.

Le 30 janvier, la température est remontée à 39°, mais l'état général reste satisfaisant. L'expectoration est franchement rouillée. A l'examen microscopique des crachats, on trouve de nombreux pneumocoques avec des streptocoques. Au point de vue pulmonaire, matité de la base droite avec abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, au tiers moyen, on entend un souffle tubaire rude, avec nombreux râles bulleux aux deux temps de la respiration.

On diagnostique une broncho-pneumonie du lobe moyen du poumon droit avec atteinte pleurale. On fait une ponction exploratrice qui est négative.

Troisième injection d'alcool 20 cc., très douloureuse.

Le soir, le malade se sent mieux. Le 31 janvier, le souffle a diminué d'intensité, mais les râles sont plus nombreux et plus humides, le foyer de broncho-pneumonie semble en voie de ramollissement.

Quatrième injection de la solution d'alcool, 20 cc.

Le soir, l'état général reste satisfaisant, mais le malade est plus dyspnéique et se plaint d'une gêne respiratoire à gauche.

Le 1^{er} février, point de côté gauche avec matité de la base et abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Au tiers moyen, on trouve un foyer de râles humides sans souffle.

A droite, le souffle persiste mais les râles sont moins nombreux, la matité de la base remonte jusqu'à la partie moyenne du poumon. On fait une deuxième ponction exploratrice qui ramène un liquide légèrement louche, verdâtre.

A l'examen au microscope : nombreux polynucléaires et leucocytes altérés.

Cinquième injection d'alcool, 30 cc., très douloureuse.

Le 2 février, amélioration notable de l'état général sans changement des signes physiques pulmonaires. Le malade se sentant bien, refuse sa piqûre d'alcool trop douloureuse.

Le soir, son état général est franchement mauvais, il délire, sa température est remontée à 40°, il passe une nuit très agitée.

Le 3 février, dyspnée intense, délire, pouls irrégulier.

A l'examen, la matité de la base droite remonte jusqu'au tiers supérieur, le foyer de broncho-pneumonie est couvert par l'épanchement pleural et on n'entend plus qu'un léger souffle plutôt pleurétique que tubaire.

On fait une ponction évacuatrice, et on retire 300 cc. d'un liquide ayant le même aspect que celui examiné au microscope deux jours auparavant.

Le malade nous demande lui-même de lui refaire les injections très douloureuses qui lui faisaient du bien.

Injection de 30 cc. de la solution d'alcool.

Le soir, l'état est notablement amélioré, la température est descendue à 38°8. La nuit est calme.

Le 4 février, le malade se sent beaucoup mieux, sa dyspnée est moins vive, les signes physiques diminuent, l'épanchement semble se résorber.

Injection de 20 cc. de la solution d'alcool.

Les 6, 7, 8, 9, 10 et 11 février, la température descend en lysis jusqu'à 37°. L'état général est très satisfaisant. Le malade commence à s'alimenter. Les râles diminuent et le 10 février, on ne trouve plus que quelques râles congestifs aux deux foyers de broncho-pneumonie. La matité à la base droite remonte jusqu'à la partie moyenne du poumon et semble stationnaire.

On fait des injections quotidiennes de 20 cc. de la solution d'alcool. Elles sont arrêtées le 10 février, parce que les veines du malade commencent à être sclérosées et difficilement accessibles.

Les jours suivants, la température remonte avec de grandes oscillations. Les signes physiques pulmonaires ne sont pas modifiés.

L'état général s'aggrave. Devant la persistance des signes cliniques sans modifications des signes physiques, on pense à une pleurésie purulente à droite.

Le 15 février, on fait une nouvelle ponction avec un trocart et on ramène un liquide épais, verdâtre, franchement purulent.

La nécessité d'évacuer la plèvre par une intervention chirurgicale, nous fait diriger le malade le lendemain sur son hôpital.

OBSERVATION N° 64

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Broncho-pneumonie.

M, A..., 51 ans, manœuvre, est envoyé à l'Asile le 22 dé-

cembre 1933 par l'hôpital des Petits-Ménages. Il a été opéré d'une hernie inguinale double. A la suite de l'opération, il a fait une phlébite de la jambe droite nécessitant une hospitalisation de quatre vingt-quatre jours.

Le 17 février, il est pris de violents frissons avec point de côté droit et gêne respiratoire.

Il est immédiatement transporté à l'Infirmierie. A l'examen, nous avons le tableau clinique suivant : malade très dyspnéique, respiration pénible et bruyante, ailes du nez battantes, pommettes rouges, lèvres cyanosées, langue très saburrale, haleine fétide.

La température est de 40° ; crachats rouillés.

Au point de vue pulmonaire, nous trouvons : exagération des vibrations aux deux bases avec submatité, plus marquée à droite. L'auscultation nous fait entendre une expiration prolongée, des râles sibilants et ronflants, disséminés dans les deux poumons et, aux deux bases, de nombreux râles congestifs fins apparaissent aux deux temps de la respiration. Pas de souffle, mais une légère bronchophonie. Le cœur est sourd mais régulier, le pouls bat à 100, la tension artérielle est basse 10½ - 7 au Vaquez. Les urines de quantité sensiblement normale sont foncées, non albumineuses. Le 18, on décide de faire une première injection intra-veineuse de 10 cc. d'une solution à 33 % d'alcool dans du sérum glucosé hypertonique à 300/00 (solution de Merle et Gurfinkiel). Injection absolument indolore. Les injections sont faites tous les jours en augmentant jusqu'à 40 cc.

Le 21 février la température monte à 41°, cependant le malade se sent mieux que les jours précédents, il est moins dyspnéique, sa langue est moins sèche. Au point de vue pulmonaire souffle plus intense, râles plus humides moins nombreux.

Il semble que le foyer de broncho entre en voie de ramollissement.

Le 22 février grosse amélioration, la température est tombée à 38°8, le malade quoique encore un peu dyspnéique respire plus librement, son pouls est très bon, moins rapide,

A l'auscultation, le foyer de broncho a presque disparu, plus de souffle, râles plus humides mais moins nombreux. On injecte encore 40 cc. de la solution d'alcool.

Le 23 février et les jours suivants, la température oscille aux environs de 39°, mais l'état général s'améliore progressivement, la gêne respiratoire diminue de jour en jour.

A l'auscultation, on ne trouve que des râles congestifs.

Du 23 au 28 février, on injecte quotidiennement 30 cc. de la solution d'alcool. Les injections deviennent de plus en plus difficiles, les veines se sclérosant progressivement sous l'action de l'alcool.

Le 29 février la température atteint 39°, pour la dernière fois l'état général est bon. A l'examen pulmonaire, les râles congestifs ont presque disparu. On continue les injections d'alcool de 30 cc.

La température baisse progressivement pour atteindre 37°1 le 5 mars. Le malade est alors tout à fait bien. On pratique encore les 6 et 7 mars une injection de 20 cc. de la solution d'alcool.

Les jours suivants, la température se maintient aux environs de 37°. L'auscultation ne montre plus que quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons. L'expectoration est toujours abondante.

Un examen radioscopique fait le 12 mars montre une diminution de transparence de la partie moyenne des deux champs pulmonaires plus marquée à droite.

Le malade quitte l'infirmerie une quinzaine de jours plus tard, allant tout à fait bien.

OBSERVATION N° 65

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Pneumonie lobaire de la base gauche.

M. de S., espagnol âgé de 28 ans, terrassier, entre à l'Asile le 5 février 1934 venant de l'hôpital Beaujon où il avait été hospitalisé soixante-treize jours pour fracture du bassin avec rupture de l'urètre.

Le 13 février dans l'après-midi, il est pris d'un violent frisson avec céphalée et point de côté gauche très douloureux.

La veille, il s'est plaint d'avoir mal à la tête et d'être courbaturé, mais sa température était de 37°. Il est transporté immédiatement à l'infirmerie.

A l'examen le malade, de petite taille, maigre, est agité, très dyspnéique, avec les ailes du nez battantes, les pommettes rouges, il se plaint de céphalée et d'un violent point de côté au-dessous du mamelon gauche, exagéré par une toux sèche sans expectoration. Il est couvert de sueurs abondantes. La langue est saburrale, sa température est de 39°, son pouls à 110 régulier est bien frappé, sa tension artérielle basse 10-5.

A l'examen des poumons, on trouve une légère submatité de la base gauche avec exagération des vibrations. A l'auscultation, on entend au tiers inférieur du poumon gauche un souffle tubaire typique avec quelques râles crépitants à la fin de l'inspiration et de la bronchophonie, le cœur est rapide sans lésion orificielle, les urines sont rares, foncées, légèrement albumineuses. Devant ce tableau clinique, nous diagnostiquons une pneumonie lobaire de la base gauche. Le 14 février, la température est de 39°9, l'état général très altéré, le malade a passé une nuit très agitée, avec délire. Sa langue est très saburrale, sèche, ses lèvres sont couvertes d'herpès. Son pouls est irrégulier, il expectore difficilement quelques crachats épais, purulents, légèrement rouillés.

A l'auscultation, le souffle tubaire à la base gauche est diminué d'intensité mais, par contre, on entend de nombreux râles crépitants par bouffées à l'inspiration.

On fait une première injection intra-veineuse de 10 cc. d'une solution d'alcool à 33 % dans du sérum glucosé hypertonique à 300/00 (solution de Merle et Gurfinkiel). L'injection faite lentement est très douloureuse.

Le soir la température a augmenté, mais le malade est moins agité.

Le 15 février, il a passé une nuit calme, le matin la

température n'est plus que de 38°5, le pouls est moins rapide et régulier.

L'état général est amélioré. L'expectoration plus abondante est franchement rouillée, à l'examen microscopique on trouve de nombreux pneumocoques typiques.

A l'auscultation, aucun changement sur la veille.

On fait une deuxième injection de 20 cc. de la solution d'alcool à 33 % aussi douloureuse que la première, le soir la température remonte à 39°7, l'état général reste stationnaire.

Le 17 février, la température n'est plus que de 37°4, le pouls à 80. Le malade est toujours un peu oppressé, mais se trouve très amélioré et, malgré la douleur, réclame sa piqûre d'alcool.

A l'auscultation, le souffle a disparu, les râles sous-crépitants sont aussi nombreux que la veille, mais plus humides.

On fait 20 cc. de la solution d'alcool.

Le 18 février, la température est normale, les râles diminuent, le malade se sent bien. On fait une dernière injection de 20 cc. de la solution d'alcool.

Les jours suivants, la température se maintient à 37°, les râles diminuent progressivement. Le malade se lève dès le deuxième jour après la chute de la température, il est encore un peu faible, mais son appétit est excellent. Un examen radioscopique fait le 20 février montre une ombre opaque au tiers inférieur et externe du poumon gauche.

Un deuxième examen pratiqué une quinzaine de jours après nous montre la disparition presque complète de l'ombre. A ce moment, à l'auscultation, on n'entend plus aucun râle, simplement une légère diminution du murmure vésiculaire à la base gauche.

OBSERVATION N° 66

(In thèse COUTURIER, Paris 1934)

Pneumonie du sommet chez un vieillard.

M. W., âgé de 70 ans, arrive à l'Asile le 10 avril 1934, venant de l'hôpital Saint-Louis, où il a été traité pendant quelques jours pour eczéma des deux jambes.

Le 24, il est mis à l'infirmerie pour gêne respiratoire et température élevée à 39°.

A l'examen, nous trouvons un malade très abattu, somnolent, répondant mal aux questions qu'on lui pose. Il se plaint d'un point de côté gauche au-dessus du mamelon, exagéré par une toux sèche. La respiration n'est pas très rapide, mais superficielle. Les lèvres sont sèches, la langue très saburrale. L'attention est attirée par la teinte jaune subictérique des téguments, plus marquée aux conjonctives. Aux poumons, on trouve une submatité du sommet gauche en avant sans aucun signe à l'auscultation. Le cœur est sourd, rapide. On entend un léger souffle systolique d'insuffisance mitrale fonctionnelle.

Le foie ne semble pas augmenté de volume, mais sa palpation est douloureuse. Le pouls rapide, régulier, bat à 95, la tension au Vaquez est de 16-8. Les urines sont diminuées, très foncées, légèrement albumineuses. Le 25 avril, aucun changement. Le 26, l'état général est très aggravé, le malade est dans un état de prostration extrême, ne faisant aucun mouvement de lui-même. Il a de l'incontinence des urines et des matières. Sa langue est rôtie, ses urines sont brunes. Le pouls est faible, rapide, et irrégulier.

A l'examen pulmonaire, matité franche du sommet gauche, en avant. A l'auscultation, un léger souffle tubaire d'intensité maxima au creux axillaire et en avant avec quelques râles crépitants apparaissant par bouffées, surtout après la toux, légère bronchophonie.

Les crachats sont un peu abondants, très épais et de couleur verdâtre.

On pose le diagnostic de pneumonie du sommet, et devant la gravité extrême de l'état général, on craint une issue fatale.

On décide cependant de faire une première injection de 10 cc. d'une solution d'alcool à 33 % dans le sérum glucosé hypertonique à 300/00.

Le 27 avril, l'amélioration est manifeste, il est sorti de son état de torpeur, il a à peine souillé ses draps pendant la nuit, sa langue n'est plus sèche.

Au point de vue pulmonaire, toujours léger souffle tubaire, mais nombreux râles crépitants typiques à la fin de l'inspiration.

Un examen microscopique des crachats montre la présence de pneumocoques avec de très nombreux micrococci catarrhalis.

Deuxième injection de 20 cc. d'alcool, un peu douloureuse au début. Le 28 avril, le malade se sent beaucoup mieux, sa température est descendue à 38°, son pouls est moins rapide et régulier.

Troisième injection de 30 cc. de la solution d'alcool. Le 29, aucun changement des signes physiques pulmonaires, l'amélioration de l'état général continue. Injection de 40 cc. d'alcool un peu douloureuse. Le 30 avril, la température est à 37°2, le malade se sent très bien. Depuis quelques jours, il ne souille plus ses draps, son pouls bat régulièrement à 72. Les crachats sont plus abondants, moins épais.

A l'auscultation le souffle tubaire a disparu, mais les râles ne sont pas modifiés. Injection de 40 cc. de la solution d'alcool.

Les 3 et 4 mai, l'état général continue à être satisfaisant. La température se maintient aux environs de 37°5, le pouls à 70, les urines sont devenues normales, la teinte jaune a presque disparu.

Injection de 30 cc. de la solution d'alcool. Le 5 mai, la température reste stationnaire, on fait une dernière injection de 20 cc. de la solution d'alcool. Les jours suivants, la température descend jusqu'à 37° et s'y maintient. Le malade va très bien, il se sent simplement faible. Sa teinte jaune a complètement disparu, son appétit est excellent et il est mis au grand régime.

Au point de vue pulmonaire, les râles diminuent progressivement. L'expectoration est sensiblement normale. Le 11 mai, on pratique un examen radioscopique qui montre une opacité du tiers supérieur du poumon gauche reliquat anatomo-radiologique de cette pneumonie.

Au point de vue cardiaque : hypertrophie du ventricule gauche, augmentation du diamètre longitudinal, pointe arrondie et abaissée, aorte opaque et élargie.

A ce moment, on n'entend plus à l'auscultation que quelques râles sous-crépitaux dans le tiers supérieur du poumon gauche.

OBSERVATION N° 67

Recueillie dans le service de notre Maître
Monsieur le Professeur Agrégé BENHAMOU

Congestion pulmonaire de la base gauche.

R. Ch., jeune femme âgée de 26 ans, entre salle Maillot pour point de côté, toux, expectoration et température élevée, le 27 février 1936.

Le début de l'affection remonte à cinq jours à peine. Il a été brusque, marqué par l'apparition d'un point de côté gauche dans la soirée du 22 février. Dans la nuit, la douleur s'accroît tandis qu'apparaît une toux sèche, quinteuse et pénible, que la température monte brusquement à 39°.

Le lendemain, la malade asthénisée, abattue, garde le lit. Sa température est à 40°, les signes fonctionnels s'accroissent, elle a en plus de la gêne pour respirer.

Toute cette symptomatologie persistant au bout de cinq jours, la malade décide d'entrer à l'hôpital.

Cette jeune femme est mariée, mère de deux enfants nés à terme. Elle n'a jamais été malade.

A l'examen, nous trouvons une femme amaigrie, très dyspnéique, ses pommettes sont très colorées surtout à gauche ; les yeux sont brillants ; sur les lèvres existe un bouquet d'herpès. La toux est aussi pénible qu'au début ; elle ramène depuis trois jours des crachats peu abondants dont on ne peut faire préciser le caractère par la malade. La température reste élevée à 40°, le pouls est rapide, bat à 120, bien frappé.

Aux poumons, nous trouvons une matité de la base gauche avec diminution des vibrations. Le murmure vésiculaire est aboli, remplacé par un léger souffle inspiratoire. Pas de râles. En avant, à la base gauche : mêmes signes, mais en plus, on trouve un foyer de frottements-râles.

Au poumon droit, rien d'anormal.

Le cœur est rapide, les battements sont bien frappés. La tension artérielle est de 12-7. Le foie est normal. Les urines sont à peine diminuées, foncées, et renferment de l'albumine.

Une radiographie montre au niveau de la base du poumon gauche une ombre diffuse, mais légère.

Le lendemain, sixième jour de la maladie, l'état est le même.

Nous faisons une injection intra-musculaire de 20 cc. de la solution alcoolique à 20 %.

Le 29 au matin, la température est tombée à 38°1. L'état général est nettement meilleur. Nouvelle injection de 20 cc. d'alcool.

Le lendemain, la température est à 37° et restera définitivement aux environs de ce chiffre. La malade est transformée, son visage reposé, sa respiration tranquille, son pouls calme. La toux est moins pénible, l'expectoration facile et peu importante.

On continue l'alcool pendant encore quatre jours à la même dose.

Le 4 mars, dernière injection. La malade ne tousse presque plus et ne crache plus. Les signes physiques ont regagné : à la base gauche, la sonorité, les vibrations et le

murmure vésiculaire ont réapparu. Le souffle inspiratoire n'est plus perceptible. Seul, en avant, persiste encore quelques frottements-râles surtout marqués à l'inspiration.

Le 7 mars, tout est revenu à la normale. L'état général est excellent. Une nouvelle radiographie montre que l'image floue antérieure s'est notablement éclaircie.

La jeune femme quitte l'hôpital pour reprendre ses occupations.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCHAMBAULT PAUL-RENÉ. — Les suppurations pulmonaires. Leur traitement par les injections intra-veineuses d'alcool (*Union Médicale du Canada*, n° 1, janvier 1934.)
- ASTRA-NANDRIS. — Trois cas d'abcès pulmonaire chez l'enfant, guéris par la méthode de Landau. (*Romania Médicala*, n° 23, 1^{er} décembre 1932.)
- AUBRY, BERTRAND, CASTANIER. — Abcès du poumon, guéri par l'émétine. (Société de Médecine d'Alger, séance du 15 décembre 1933.)
- AUBRY ET COSTANTINI. — Abcès du poumon à bacilles de Friedlander. Pneumotomie. Traitement ultérieur émétinien. (Alger, 30 avril 1931.)
- AZERAD ET GILBERT DREYFUS. — Le traitement des pneumopathies aiguës par les injections d'alcool. (*L'Hôpital*, mars A, 1933.)
- BAUMGARTNER. — Traitement chirurgical de suppurations pulmonaires. (*Journal Médical Français*, novembre 1933.)
- BENHAMOU. — L'Exploration fonctionnelle de la rate (Masson et Cie, éditeurs, 1933.)
- BERNARD ETIENNE. — L'émétine dans le traitement des abcès du poumon (XXII^e Congrès Français de Médecine, Paris, 10-12 octobre 1932.)
- BERNARD E., PATOUREL, DECOURT ET LOUVET. — Sur des abcès putrides du poumon et leur évolution apparemment favorable ; du traitement par l'émétine. (Société Médicale des Hôpitaux, 1931.)

- BERNARD, L. ET PELISSIER. — Autopyothérapie dans le traitement des suppurations broncho-pulmonaires. (*Bull. et Mém. de la Soc. M. des Hôpitaux de Paris*, 13 novembre 1931.)
- BORDET F. — Le traitement médical des suppurations broncho-pulmonaires. (*Journal Médical Français*, novembre 1933.)
- BEZANÇON F. ET R. AZOULAY. — Les aspects radiologiques des suppurations pulmonaires. Le lipiodo-diagnostic. (Monographie de *La Médecine*.)
- BROC RENÉ. — Sur les abcès du poumon. (*La Tunisie Médicale*. Septembre-Octobre 1932.)
- BURNAND. — Cangrène pulmonaire traitée par les injections intra-veineuses d'alcool. (XXII^e Congrès Français de Médecine, Paris, 10-12 octobre 1932.)
- CHARPY M.-P. — Premières anesthésies en Europe par injections intra-veineuses d'alcool éthylique en solution glucosée, par la méthode de Garcia. (*Soc. de Laryngologie des Hôpitaux*, 17 juin 1929.)
- COLARD A. ET F. CASPERS. — A propos des injections intra-veineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires non tuberculeuses. (*Le Scalpel*, n^o 35, 2 sept. 1933.)
- COQUELET. — Les suppurations broncho-pulmonaires et leur traitement. (Bruxelles, 1929.)
— Physiologie chirurgicale des suppurations pulmonaires non tuberculeuses. (Rapport au IX^e Congrès de chirurgie internationale de Madrid, 15-18 mars 1932.)
— Quelques réflexions au sujet de 27 cas de suppurations pulmonaires. (*Le Scalpel*, oct. 1928.)
- COSTANTINI H. — Des suppurations pulmonaires non tuberculeuses. (*Algérie Médicale*, sept. 1933.)
- COSTANTINI, AUBRY ET CURTILLET. — Trois cas d'abcès du poumon opérés. (*Soc. de Chirurgie d'Alger*, 14 févr. 1929.)

COSTANTINI H. ET CURTILLET. — Pour la position déclive dans la chirurgie des suppurations pulmonaires. (*Presse Médicale*, 4 novembre 1933.)

COSTANTINI ET CURTILLET. — Les suppurations pulmonaires chroniques. (*Gazette Médicale de France et des pays de langue française*, 1^{er} octobre 1933.)

— Douze nouveaux cas personnels de suppurations pulmonaires. (*Algérie Médicale*, févr. 1934.)

COUTURIER H. — Contribution à l'étude du traitement des pneumopathies aiguës par les injections intra-veineuses à 33 %. (Thèse, Paris 1934.)

CURTILLET ET. — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses, et en particulier de leur traitement chirurgical. (Thèse d'Alger, 1932.)

CRUCHET, MAUPETIT ET SARIC. — Les injections intra-veineuses d'alcool au cours des broncho-pneumonies chez l'enfant et le nourrisson. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 21, 30 juillet 1934.)

CRUCHET ET NOBLIA. — Expériences sur la phylaxie par l'alcool et le vin, rapport au Congrès de la Santé publique de Belfast, 13 mai 1932. (In *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 30 juillet 1932.)

DARZINE. — Sur la fonction du tissu réticulo-endothélial dans l'organisme malade. (*C. R. de Biologie* 1926, p. 623.)

DELAYE (M.E.R.) ET HUGENOT. — Les abcès du poumon. (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, n° 3, 1932.)

DEROT, M. ET V. HINKOVA. — Le traitement des abcès du poumon par les injections intra-veineuses d'alcool. (*Science Médicale pratique*, 1^{er} juin 1934.)

DODEL ET GURFINKIEL. — Injections intra-veineuses d'alcool et système réticulo-endothélial. (*La Médecine*, n° 13, septembre 1934.)

DUBOURG. — Pronostic des abcès du poumon chez l'enfant. (*Gaz. heb. Sc. Médic. de Bordeaux*, 18 août 1935.)

ESCHBACH. — Abcès unique de chacun des poumons, évolutions successives. (*Paris Médical*, 31 août 1935)

FEJGIN M. — Observations ultérieures sur l'application d'injections intra-veineuses d'alcool. (*Presse Médicale*, n° 104, 30 déc. 1931.)

GALAN ET POLETTI. — Abcès du poumon guéri par l'alcool intra-veineux. (*La Prensa Médicala Argentina*, t. XX, n° 50, déc. 1933.)

GOLDKORN L. — Le traitement des abcès et des gangrènes du Poumon par injections intraveineuses de benzoate de soude. (*Presse Médicale*, n° 12, 21 déc. 1935.)

GURFINKIEL. — Contribution à l'étude du traitement des suppurations pulmonaires par l'alcool en injections intra-veineuses et du mode d'action de l'alcool. (Thèse, Toulouse, 1934.)

— Contribution à l'étude des injections intra-veineuses d'alcool dans les infections pulmonaires. Leur action sur le métabolisme basal, sur les rythmes cardiaque et respiratoire chez l'animal normal (*Gazette des Hôpitaux*, n° 21, 14 mars 1934.)

— Les abcès du poumon, les suppurations pulmonaires. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 27 avril 1935.)

HAMANT A. — Les indications thérapeutiques dans les abcès du poumon. (IV^e Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences, *Presse Médicale*, 21 oct. 1931.)

HAMBURGER ET GUERIN. — Traitement des septicémies par les injections intra-veineuses d'alcool. (*Presse Médicale*, n° 19, 8 mars 1933.)

HINKOVA V. — Les injections intra-veineuses d'alcool dans les abcès pulmonaires. (Thèse, Paris, 1934.)

ISELIN M. — Les abcès du poumon dissimulés sous un épanchement pleural. (*Journal Médical Français*, nov. 1933.)

— Traitement chirurgical des suppurations pulmonaires. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1935)

JANBON M.-M. — Traitement médical des suppurations broncho-pulmonaires. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1932.)

JOUBERT. — Les injections intra-veineuses d'alcool (*L'Actualité médico-chirurgicale*, février 1934.)

KINDBERG MICHEL-LÉON. — Les abcès du poumon. (Collection « Médecine et Chirurgie Pratique », Masson et Cie, éditeurs, 1928.)

— Les méthodes actuelles du traitement des suppurations pulmonaires. (*Science Médicale Pratique*, n° 9, 1^{er} mai 1931.)

KINDBERG MICHEL-LÉON, ROBERT MONOD ET SOULAS. — Les abcès du poumon. (Masson et Cie, 1932.)

KINDBERG ET SOULAS. — Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des abcès du poumon. (*Presse Médicale*, 22 nov. 1930.)

KOURILSKY. — Les abcès du poumon. (Thèse de Paris, 1927.)

— Diagnostic des suppurations pulmonaires collectées et diffuses. (*Journal Médical Français*, nov. 1933.)

— Le traitement des abcès du poumon. (Collection « Les Thérapeutiques nouvelles », J.-B. Bailière et Fils, 1933.)

LABBE. — Abcès fétide du poumon guéri par l'émétine. (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 7 mars 1930.)

LAIGNEL, LAVASTINE ET P. GEORGE. — Suppuration pulmonaire à type d'abcès putride d'emblée avec polynévrite. Traitement par injections intra-veineuses d'alcool à 33 %. Amélioration. (*Bul. et M. de la Soc. des Hôpitaux de Paris*, 11 juil. 1932.)

— Action favorable des injections intra-veineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires. (XXII^e Congrès Français de Médecine, 10-12 octobre 1932.)

- LANDAU, FEJGIN ET BAUER. — Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires à l'aide des injections intra-veineuses d'alcool à 33 %. (*Presse Méd.* n° 29, 11 avril 1931.)
- LANDAU ET KAMINER. — Sur le traitement des affections pulmonaires purulentes par les injections intra-veineuses d'alcool. (*Presse Médicale*, n° 64, 10 août 1932.)
- LYON G. — Le diagnostic et le traitement des suppurations pulmonaires. (*Le Bulletin Médical*, 12 déc. 1931.)
- LEVY-VALENSI ET CURTILLET. — Les abcès du poumon. (A propos de quatre observations récentes.) (*Algérie Médicale*, oct. 1931.)
- MANCEAUX, FANGEAU ET BOUKELOUA. — Abcès du poumon, injections d'alcool ; guérison ; séquelles douloureuses. (Soc. de Médecine d'Alger, séance du 16 mars 1934.)
- MASSIERE ET F. LEURET. — Les injections intra-veineuses d'alcool dans les pneumopathies aiguës. (*Gaz. heb. des sciences médicales de Bordeaux*, 5 mars 1933.)
- MATTEI CH. — Notes sur l'emploi de l'émétine dans le traitement des abcès du poumon. (XXII^e Congrès de Médecine, Paris 10-12 oct. 1932.)
- ° MERKLEN, R. WAITZ ET J. KABAKER. — Période pré-fétide de la gangrène pulmonaire, présence de spirochètes dans l'expectoration. (*Gaz. Méd. de France*, 15 février 1933.)
- MERLE ET GURFINKIEL. — Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections intra-veineuses d'alcool (trois cas favorables). (*Bull. et M. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 49, 25 déc. 1933.)
- MOREAU R. ET BIOYE. — Suppurations pulmonaires. (*Annales de Thérapie biologique*, 15 juin-15 juillet 1935).

MOUZAFFER CHEVKI. — Quatre cas de suppurations pulmonaires putrides traitées médicalement et par le pneumothorax artificiel. (*Bull. et M. de la Soc. de Paris*, n° 29, 1931.)

NESSLER. — Contribution à l'étude du système réticulo-endothélial et de son comportement au cours de certaines maladies infectieuses ou parasitaires. (Thèse d'Alger, 1934.)

NUBERT ET BRANISTEANU. — L'émétine comme traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes. (*Presse Médicale*, 29 janvier 1930.)

PAISSEAU G., VIALARD ET OUMANSKY. — Abscès du poumon et pleurésie interlobaire. (*Presse Médicale*, n° 49, 19 juin 1929.)

PASCALIS GEORGE. — La phase chirurgicale des abcès du poumon. (*Le Monde Médical*, 1^{er} Février 1935.)

POL DE SEVRIX. — Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections intra-veineuses d'alcool. (*Notes pratiques d'actualité médicale*, n° 121, janvier 1933.)

PRUVOST. — Abscès du poumon. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1935.)

RAVINA. — Abscès du poumon. Injections intra-veineuses d'alcool à 33 %. (*L'Année thérapeutique*, 1932.)

REGY SIMON. — Contribution à l'étude thérapeutique et anesthésique de l'alcool éthylique intra-veineux. (Thèse de Toulouse, avril 1935.)

ROGER H. — Les fonctions externes et les fonctions internes de l'organisme. (*Presse Médicale*, 16 novembre 1929.)

— Alimentation et nutrition. (*Presse Médicale*, n° 5, 16 janvier 1929.)

SERGEANT E. — Bases fondamentales de l'étude clinique et thérapeutique des suppurations broncho-pulmonaires. (*Journal Médical Français*, nov. 1933.)

— Bronchiectasies abcédées, abcès bronchiectasians et abcès bronchiectasiques. (*Presse Médicale*, n° 15, 20 février 1932.)

— Le lipiodol-diagnostic et les fausses images cavitaires. (*Presse Médicale*, 18 juin 1930.)

SERGEANT, KOURILSKY ET POUMEAU DELILLE. — Quelques réflexions sur le mode de guérison des abcès du poumon. (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, année 1930.)

SERGEANT, BAUMGARTNER ET KOURILSKY. — Quelques considérations sur les indications respectives de la pneumotomie et de la pneumectomie partielle dans le traitement des abcès du poumon. (*Presse Médicale*, n° 80, oct. 1931.)

STOICHITZA N.-N. — Le traitement des abcès pulmonaires. (*Presse Médicale*, 22 juin 1935.)

SOULAS A. — Les abcès du poumon et la méthode bronchoscopique. (*La Vie Médicale*, n° 22, 25 nov. 1932.)

— Ce qu'on peut attendre de la bronchothérapie dans les dilatations des bronches. (*L'Hôpital*, mai A, 1933.)

SUANT. — Guérison spontanée d'un abcès du poumon. (*Gazette Heb. des sciences médicales de Bordeaux*, 7 avril 1935.)

SZAJNA. — Traitement de la pneumonie lobaire par les injections intra-veineuses d'une solution d'alcool éthylique et de glucose. (*Polszka Gazeta Lekarska*, tome 10, n° 38, 20 sep. 1931.)

THURSZ ET DYPOGRAPHE. — Large Pulmonary abscess with gangrenous symptoms cured by intravenous injections of éthyl alcohol. (*Warszawskie Czasop. lek.*, 1^{er} septembre 1932.)

TOPOUROVA. — Le traitement des abcès pulmonaires par les injections intra-veineuses d'alcool. (Thèse de Toulouse, 1934.)

XXII^e Congrès Français de Médecine (Paris, 10-12 octobre 1932). — Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

VIRENQUE J. — Suppurations pulmonaires et injections intra-veineuses d'alcool. (*Le Progrès Médical*, n° 40, 7 oct. 1933.)

— Traitement des suppurations pulmonaires par des injections d'alcool. (*Séance de la Société de Médecine de Toulouse*, 24 mai 1933.)

ZUNZ. — Pharmacodynamie spéciale. (Masson, éditeur.)

Table des matières

	PAGES
INTRODUCTION	17
HISTORIQUE	21
MODE D'ACTION :	
I. Alcoolémie, Elimination de l'alcool de l'organisme	33
II. Mode de l'alcool.	
a) les hypothèses	36
b) l'expérimentation.	40
TECHNIQUE D'EMPLOI	49
VALEUR DE LA MÉTHODE :	
Ce que l'on en peut attendre.	63
1) Dans les suppurations pulmonaires aiguës	73
2) Dans les suppurations pulmonaires chroniques .	77
3) Dans les pneumopathies aiguës	79
INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS	83
CONCLUSIONS	88
OBSERVATIONS	91
BIBLIOGRAPHIE	203

Le Président du Jury,
RAYNAUD.

Vu : *Le Doyen,*
LEBLANC.

Vu et Permis d'Imprimer.

Alger, le 23 Mars 1936.

Le Recteur :
G. HARDY.

